العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

بين النظرية والممارسة

الأستاذ الدكتور
رياض نايل العاسمي
أستاذ العلاج النفسي بجامعة دمشق
كلية التربية




للنشر والتوزيع


للنشر والتوزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

"الَّذِينَ يَذْكُرُونَ اللَّهَ قِيَاماً وَقُعُوداً وَعَلَىَ جُنُوبِهِمْ وَيَتَفَكَّرُونَ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضِ رَبَّنَا مَا خَلَقْتَ هَذا بَاطِلاً سُبْحَانَكَ فَقِنَا عَذَابَ النَّارِ "

(آل عمران191)

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

بين النظرية والممارسة

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
بين النظرية والممارسة

تأليف

الأستاذ الدكتور

رياض نايل العاسمي

أستاذ العلاج النفسي بجامعة دمشق

كلية التربية

الطبعة الأولى

2015م - 1436هـ



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/4/1491)

616.89

العاسمي، رياض نايل

العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة/ رياض نايل العاسمي - عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، 2014

( ) ص

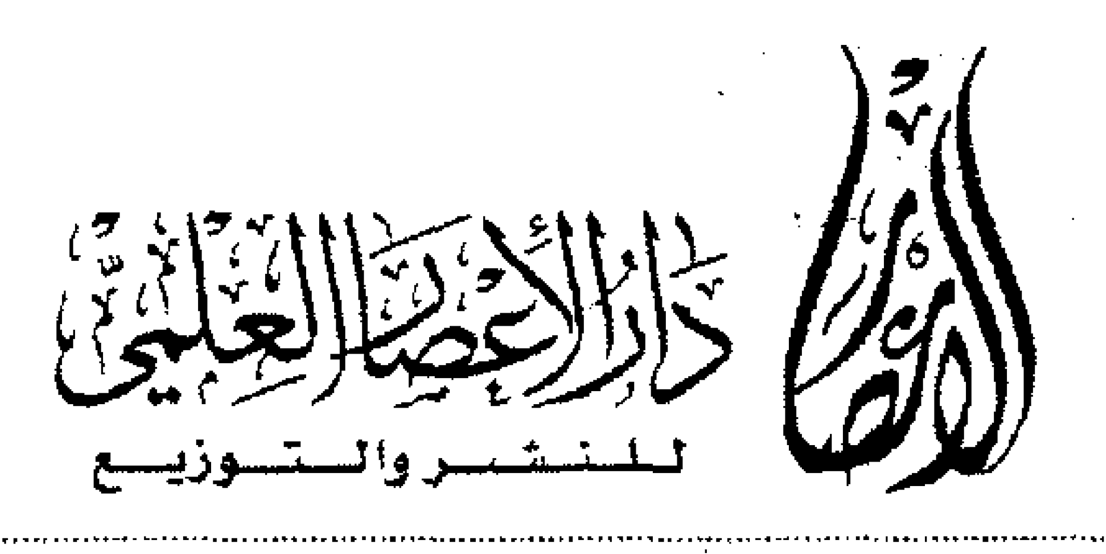
ر.أ. : 2014/4/1491

الواصفات: /الإضطرابات العقلية//العلاج//السلوك/

• يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

الطبعة العربية الأولى

2015م – 1436هـ



الأردن – عمان – وسط البلد – شارع الملك حسين

مجمع الفحيص التجاري

هاتف: 96264646208+ فاكس: 96264646470+

الأردن – عمان-مرج الحمام – شارع الكنيسة -مقابل كلية القدس

هاتف: 96265713906+ فاكس: 96265713907+

جوال: 797950880 – 00962

info@al-esar.com – www.al-esar.com

ISBN 978-9957-586-43-0 (ردمك)

إهداء

إلى من علموني أن الأخلاق الفاضلة هي نبع العطاء، وأثمن شيء في الوجود، والقيمة الكبرى التي تخلع سائر القيم...

إلى أساتذتي الذين علّموني أبجديّة حروف علم النفس ومضامينها الأخلاقية، ومنهم: الأستاذ الدكتور عطية محمد هنا، والأستاذ الدكتور محمد حمدي الحجار (رحمهما الله)، والأستاذ الدكتور جابر عبد الحميد جابر، والأستاذ الدكتور علي سعد والأستاذ الدكتور أحمد محمد الزعبي، وكل زملائي في قسم الإرشاد النفسي بجامعة دمشق، أدامهما الله ذخراً لتقدم المسيرة العلمية في مجال علم النفس في الوطن العربي.

إلى روح والديَّ، رحمهما الله، وأسكنهم فسيح جناته.

إلى إخوتي الأحبة، الذين غرسوا الغرس الجميل بالصبر والجهد في محراب العلم.

إلى زوجتي الغالية التي كان لها أثر لا ينسى في المراجعة اللغوية لهذا الكتاب، وإلى قرة عيني، أبنائي: محمد عدنان، ويمان، شيماء، وعمر.

إلى من علمته التجربة البشرية، كيف يعيش ليحب، وكيف يُحبُّ ليعيش.

إلى جميع هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع

المحتويات

الفصل الأول
النظرية العامة للعلاج العقلاني الانفعالي

الفصل الثاني
التطبيق الأساسي للعلاج العقلاني الانفعالي

الموضوع	الصفحة

الفصل الثالث

العلاج العقلاني الانفعالي للقلق الاجتماعي

الفصل الرابع

العلاج العقلاني الانفعالي الفردي

الفصل الخامس

العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي

الموضوع	الصفحة

الفصل السادس
العلاج العقلاني الانفعالي الأسري

الفصل السابع
العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي

الفصل الثامن
علاج المجموعات الكبيرة العلاج العقلاني

الموضوع	الصفحة

الفصل التاسع

علاج العقلاني للمدمنين على المخدرات

الفصل العاشر

العلاج العقلاني للمشكلات الجنسية

الفصل الحادي عشر

التنويم المغناطيسي والعلاج العقلاني

الموضوع	الصفحة

الفصل الثاني عشر

تعزيز مكاسب العلاج العقلاني الانفعالي

تقديم للكتاب

يّعد الإنسان على مر العصور أغلى الثروات، ومحور اهتمام الباحثين من الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية. وقد كان للإرشاد والعلاج النفسي بتخصصاتهما المختلفة دور متميز في الإسهام بتنمية طاقات الإنسان واستثمارها باعتباره مصدراً للتنمية الشاملة بجوانبها المختلفة. كما أضفت الاهتمامات العالمية مشروعية خاصة للإرشاد والعلاج النفسي لتمكين الإنسان من التعامل بفاعلية مع متغيرات العصر ومتطلباته، وفي تنمية مهاراته الحياتية للتعامل مع ضغوطات الحياة وتحدياتها بكفاءة عالية.

لقد سرني أن اطلعت على كتاب الإرشاد العقلاني الانفعالي بين النظرية والتطبيق الذي قام بتأليفه الزميل الأستاذ الدكتور رياض نايل العاسمي، حيث لمست من خلاله الجهد الكبير الذي بذله المؤلف في إعداده، كما راعى في مادته توازناً بين الأسس النظرية والجوانب التطبيقية. فقد اطلع على عدد كبير من المراجع العلمية العربية والأجنبية الحديثة، بالإضافة إلى خبرته الميدانية الكبيرة في التدريس الجامعي، وتأليفه وترجمته لعدد من الكتب الجامعية، ونشره للبحوث العلمية الأصيلة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، مما ساهم في صقل موهبته.

وبناء على ذلك يعد هذا الكتاب إضافة نوعية إلى المكتبة العربية التي لازالت تفتقر إلى كتب علمية متخصصة حديثة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي. وإنني على يقين بأن هذا الكتاب سيكون مرجعاً علمياً متميزاً للباحثين والمهتمين في مجال الإرشاد النفسي.

وإنني أتقدم بالشكر والثناء للأستاذ الدكتور رياض العاسمي على هذا الإنتاج العلمي المتميز متمنياً له دائماً مزيداً من النجاح والتألق.

أ. د/ أحمد محمد الزعبي

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

يّعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي للسلوك الإنساني Rational Emotive Behavior Therapy، والمشار إليها اختصاراً (REBT) من النظريات العلاجية الأكثر انتشاراً في الوقت الحالي، والتي تنسب صراحة إلى العالم الأمريكي ألبرت إليس Abert Ellis، حيث نظريته كانت أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، وقد سميت أولاً بالعلاج العقلاني، ثم أضاف إليها الانفعالي لتصبح كما هو شائع في كتاباته العلاج العقلاني الانفعالي.

إن العلاج العقلاني الانفعالي يقوم على بعض التصورات والفروض المحتملة حول طبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها: فالإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه، والاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعدان نتيجة للتفكير غير المنطقي، والتفكير والانفعال ليسا منفصلين وإنما متداخلان مع بعضهما البعض، والذي يرجع أصل هذا التفكير إلى التعلم المبكر، وأن الأفكار والانفعالات السلبية المثبطة للذات يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً ومتكاملاً.

ويؤمن أصحاب العلاج العقلاني الانفعالي بأن الأحداث الإنسانية محكومة إلى حد كبير بعوامل سببية، وأن هذه العوامل ليست دائماً في متناول الفرد، وأن الكائن الإنساني لديه القدرة على أن يعمل ما ليغير مستقبله ويضبطه، وهذا اعتراف بقدرة الفرد على أن يحدد خبراته السلوكية والانفعالية الخاصة.

ويشير إليس Ellis إلى أن جوهر العلاج العقلاني الانفعالي يتلخص في أن الأشخاص يميلون إلى أن يكونوا مضطربين عصابياً عندما يصرّون على التمسك

بالمعتقدات اللاعقلانية، ولكن الأشخاص يعرضون أنفسهم للاضطراب العصابي، ليس بسبب عدم تقبل الآخرين لهم، ولكن لاعتقادهم بأن عدم تقبل الآخرين لهم شيء فظيع، وأن المعالج النفسي البارع يلجأ غالباً إلى تشجيع مرضاه وإقناعهم بأن يسلكوا على نحو مخالف لما يثير مخاوفهم اللاعقلانية، وذلك حتى يعمل هذا السلوك كمقابل فعل للأفكار المغروسة في نفوسهم، والتي تحول بينهم وبين عمل شيء ما. كما يجب ألاّ يكتفي المعالج الكفء بمقاومة هذه المعتقدات فحسب، وإنما البحث عن الفلسفات الخاصة بهذه المعتقدات التي تكمن وراءها. كما يقوم بمساعدتهم على السعي للتوصل إلى حياة أكثر سعادة عن طريق الاختيار الجيد والفعال للطرق المؤدية إلى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، والتمكّن من حل مشكلات هذا التحقيق، واللجوء إلى تصميم الحلول وإعادة تصميمها عند الضرورة، لذلك يتجنب هذا اللون من العلاج فنيات العلاج غير الفعالة، مثل: التداعي الحر، وتحليل الأحلام، والعلاقة الحميمة بين المعالج والعميل، والسرد اللانهائي للعميل وخبراته في حياته المبكرة. كما أنه يتجنب الانغماس الزائد في المعتقدات اللاعقلانية، واستبدال التفكير برؤية إيجابية لها.

ولا يدّعي إليس أن أسلوبه ذا فاعلية مع جميع أنواع الحالات، ويعترف بالقصور الموجود فيه، وبالفوائد الموجودة في الأساليب الأخرى؛ فطريقة إليس غير فعّالة مع الحالات القاصرة في الذكاء من غير تحديد هذا القصور، وكذلك مع حالات الاضطراب الشديد والاختلاط العقلي البالغ، وكذلك مع الأطفال الصغار والكبار المسنين وشديدي التأثر والحساسية الذاتية وغير المرنين. وبالرغم من ذلك، فإن هذه النظرية وتطبيقاتها تكتسب الآن أهمية بالغة واهتماماً كبيراً لدى المشتغلين في مجال العلاج النفسي.

يتناول هذا الكتاب الذي استقى المؤلف بعض محتوياته من كتاب إليس ودريدن Ellis and Dryden (1997) وعنوانه :" تطبيقات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي" The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy، وكتاب " تطبيقات نظرية العلاج العقلاني الانفعالي The Practice of Rational Emotive Therapy(1987) لـ إليس ودريدن، الأرضية النظرية لهذا الكتاب، من حيث التطور التاريخي والتأثيرات الفلسفية والنفسية، والمفاهيم الأساسية وطبيعة الاضطراب النفسي والصحة النفسية، وطبيعة العلاقة، وشروط

ممارسة العلاج النفسي، وصفات المعالجين الفعالين، إضافة إلى تناوله لأهم طرق العلاج النفسي وتطبيقاتها العقلانية الانفعالية كالعلاج الفردي، والعلاج الجمعي، وعلاج المجموعات الكبيرة(المارثون)، كذلك الحديث عن بعض مجالات هذا اللون من العلاج، كالعلاج الزواجي والعلاج الأسري، وعلاج مشكلات الجنس، وعلاج حالات الإدمان على المخدرات، والقلق الاجتماعي.

ويتضمن هذا الكتاب أثنا عشر فصلاً، حيث عالج الفصل الأول: النظرية العامة للعلاج العقلاني الانفعالي، وتناول الفصل الثاني، التطبيق الأساسي النظرية العامة للعلاج العقلاني الانفعالي. أما الفصل الثالث فتناول التطبيق المنهجي لحالة تم علاجها بالطريقة العقلانية الانفعالية. بينما تطرق الفصل الرابع إلى العلاج الفردي، وعالج الفصل الخامس للعلاج الزواجي، بينما تناول الفصل السادس العلاج الأسري، وتضمن الفصل السابع اللعلاج الجماعي، وعالج الفصل الثامن علاج المجموعات الكبيرة، بينما تطرق الفصل التاسع لعلاج حالات الإدمان على المخدرات، وتناول الفصل العاشر مشكلات الجنس والاضطرابات الجنسية، أما الفصل الحادي عشر فتطرق إلى استخدامات التنويم المغناطيسي مع العلاج العقلاني الانفعالي، وخُتم الكتاب بتقديم مجموعة من التوصيات والفوائد للمحافظة على مكاسب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لدى العملاء.

لذا، يأمل المؤلف أن يكون هذا العمل عوناً لطلاب الدراسات العليا والباحثين والمختصين في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي على امتداد الساحة العربية، وذلك لما فيه من فائدة نظرية وتطبيقية لمدرسة علاجية رائدة علا صوتها عالياً في ميدان البحث النفسي.

وفي الختام أسال الله العلي القدير أن يتم به الخير، وأن يحقق به النفع، ويعمم به الفائدة للأجيال العربية الواعدة....

"وعلى الله قصد السبيل"

أ. د. رياض العاسمي

الفصل الأول



الفصل الأول

النظرية العامة للإرشاد العقلاني الانفعالي

- توطئة.
- التطور التاريخي للنظرية.
- ألبرت إليس، حياته وإنجازاته.
- التأثيرات الفلسفية.
- التأثيرات النفسية.
- المفاهيم الأساسية للنظرية.
- طبيعة الاضطراب النفسي والصحة النفسية.
- التباين بين الانفعالات السلبية المناسبة منها وغير المناسبة.
- نظرية التغير العلاجي.
- استخدامات النظرية وفعّاليتها التطبيقية.

النظرية العامة الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي

توطئة:

تُعد محاولة "إليس" Ellis أكبر محاولة لإدخال المنطق والعقل في عملية العلاج، وقد بدأ أسلوبه في التطور عندما اقتنع بأن الخبرات المبكرة الخاطئة أو غير المنطقية تستمر، وأنها لا تنطفئ رغم عدم تعزيزها من الخارج؛ لأن الأفراد يعزون هذه الخبرات المتعلمة بتكرار تلقينها داخلياً لأنفسهم وبأنفسهم حتى تصبح فلسفة لهم، ونظرة خاصة بهم تؤدي إلى رفض العلاج.

ويصنّف "إليس" الأهداف الأساسية لهذا العلاج بأنها تخفيض مشاعر القلق والعداء، وتزويد الفرد بوسيلة للاحظة وتقييم الذات، تضمن له أقل قدر من مشاعر القلق والعداء في حياته. ويميز "أليس" بين الإزعاج والخوف اللذين يعتمدان على الواقع الفعلي، وهو ضروري للبقاء أو بين العداوة غير الضرورية ولوم الذات الزائد الذي يضاف بشكل غير متعمد أو لا شعوري إلى الإثارة واليقظة العادية. ولكي يحقق "أليس" أهدافه العلاجية النهائية، أصبح هدفه المباشر في المقابلة العلاجية أن يوضح للمرضى كيف يضيفون افتراضات غير عقلانية لملاحظاتهم، وكيف أن ردود أفعالهم الانفعالية من الممكن أن تصبح أكثر ملائمة إذا أزيلت هذه الافتراضات.

وفي رأيه ترتكز طريقته في العلاج على أربع دعامات هي:

1. إن البشر يكونون في أسعد حالاتهم عندما تكون لديهم أهداف محددة وهامة، ويسعون لتحقيقها بروح إيجابية:
2. العقلانية: هي الوسيلة التي تساعد الناس على تحقيق أهدافهم لأنها عملية ومنطقية وواقعية.
3. إن اللاعقلانية: تحول بين الناس وبين تحقيق أهدافهم، ويرى (إليس) أن الفرد يميل إلى التصرف بطريقة لا عقلانية، ومع ذلك فهو قادر على إعادة النظر في

أفكاره وسلوكه بطريقة نقدية إيجابية، وتحويل تلك الأفكار والسلوك إلى طاقة نحو نفسه ونحو الآخرين ونحو العالم والبيئة.

4. إن الاضطراب النفسي ينبع من مصدرين:

أ. المطالب التي نفرضها على أنفسنا وقد تقود إلى نقد الذات ولومها.

والبديل الصحي هو (قبول الذات) مع الاعتراف بضعفها وقصورها ونقاط القوة الإيجابية فيها والسعي العملي لتجاوز النقص.

ب. المطالب التي نريدها ونتوقعها من الآخرين والعالم الواقعي من حولنا، والبديل الصحي هو: تنمية القدرة على تحمل الإحباط والانزعاج من أجل التغلب على المعوقات التي تعوق تحقيق أهدافنا وذلك بتحقيق التفاعل النفسي بين (الأفكار والانفعالات).

إن أنصار هذا اللون من العلاج مقتنعون بأن الفكر المعرفي (العقلي) والانفعالي متداخلان مع بعضهما بعضاً بشكل قوي. أي أن الانفعال و التفكير ليسا منفصلين، فالانفعال يصاحب التفكير والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلاني. وعندما ينمو الأطفال فإنهم يتعلمون بالاعتقاد بأن بعض الأشياء جيدة، وبعضها الآخر سيئة، وهذه الأشياء السيئة تّعد سلوكاً غير مرغوب فيه، مثل اتجاهه وتفكيره نحو المدرسة سلبي و سيء وغير منطقي.

إن المبدأ الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي للسلوك REBT حسب وصف "والين وآخرين" (Walen et al.1992) هو أن المعرفة هي أهم العوامل المحددة للانفعال الإنساني؛ وبصورة جوهرية فإن هذا المفهوم يتضمن الطريقة التي يفكر بها الأفراد، ويفسرون بها الأحداث التي تؤثر بصورة كبيرة على استجاباتهم الانفعالية، ووفقاً لنظرية REBT فإن الأحداث الخارجية في الماضي والحاضر تسهم في إحداث انفعالات الأفراد، وإن كانت لا تسبب بصورة مباشرة أو تحدث مثل ردود الأفعال الانفعالية هذه، في حين أن المفاهيم والتقييمات الذاتية تحدد بصورة كبيرة

الاستجابة الانفعالية. علاوة على ذلك، فإن هناك عوامل عديدة من بينها المؤثرات البيئية والوراثية، هي التي تسبب حدوث التفكير اللاعقلاني والاضطراب النفسي.

وثمة عنصر ضروري في REBT وهو فكرة أن الخلّل الوظيفي في التفكير هو العامل المحدد الأساسي للتوتر الانفعالي (Walen et al,1992,16) ووفقاً لنظرية REBT فإن عناصر الاضطراب النفسي والحالات الانفعالية المضطربة هي نتيجة لعمليات فكرية مضطربة أو لمعتقدات غير عقلانية. وقد عرَّف دريدين ونينان (Dryden and Neenan,1996,p,77) المعتقدات اللاعقلانية: بأنها المعارف التقييمية التي تظهر في صورة متشددة في الضرورات المطلقة والواجبات، وما ينبغي عمله وما لا ينبغي عمله. وبصورة خاصة فإن المعتقدات اللاعقلانية تتكون بصورة نموذجية من المبالغة في الفروض غير المنطقية، مثل: التعميم الزائد، والاستنتاجات الخاطئة، والأفكار العقائدية. وهذا ما أكده إليس (Ellis,1994,141) بأن المعتقدات اللاعقلانية تظهر عندما يبالغ الأفراد في التفضيل، والرغبة، والمبالغة في الضرورة المطلقة أو الطلب.

وعن إمكانية تغيير المعتقدات اللاعقلانية، فقد أشار والين وآخرون (Walen et al 1992) إلى فكرة مفادها: إن المعتقدات اللاعقلانية والتفكير المختل يمكن تحويلها إلى تفكير صحي من خلال طرق أكثر منطقية. وقد قرر الباحثون أنه إذا كان التوتر نتاج تفكير غير عقلاني فإن أفضل طريقة لغزو هذا التوتر هو تغيير التفكير، واعتماداً على هذا المفهوم فإن دور المعالج بـ REBT هو تعليم العملاء فحص أفكارهم وتحديد عما إذا كانوا يفكرون بطريقة غير عقلانية ويناقشوا معتقداتهم اللاعقلانية، ويستبدلوا هذه المعتقدات بمعتقدات صحية.

وتُعد مناقشة التفكير غير العقلاني أحد الاستراتيجيات العلاجية التي تم استخدامها في عدد من العلاجات المعرفية السلوكية أو العلاجات المعرفية. وقد وصف ديجيوسبي (Digiuseppe,1991) المناقشة بأنها عملية اعتراض على صحة أو صدق معتقدات العميل وإعادة بناء معتقدات جديدة. وأما اعتماد REBT على

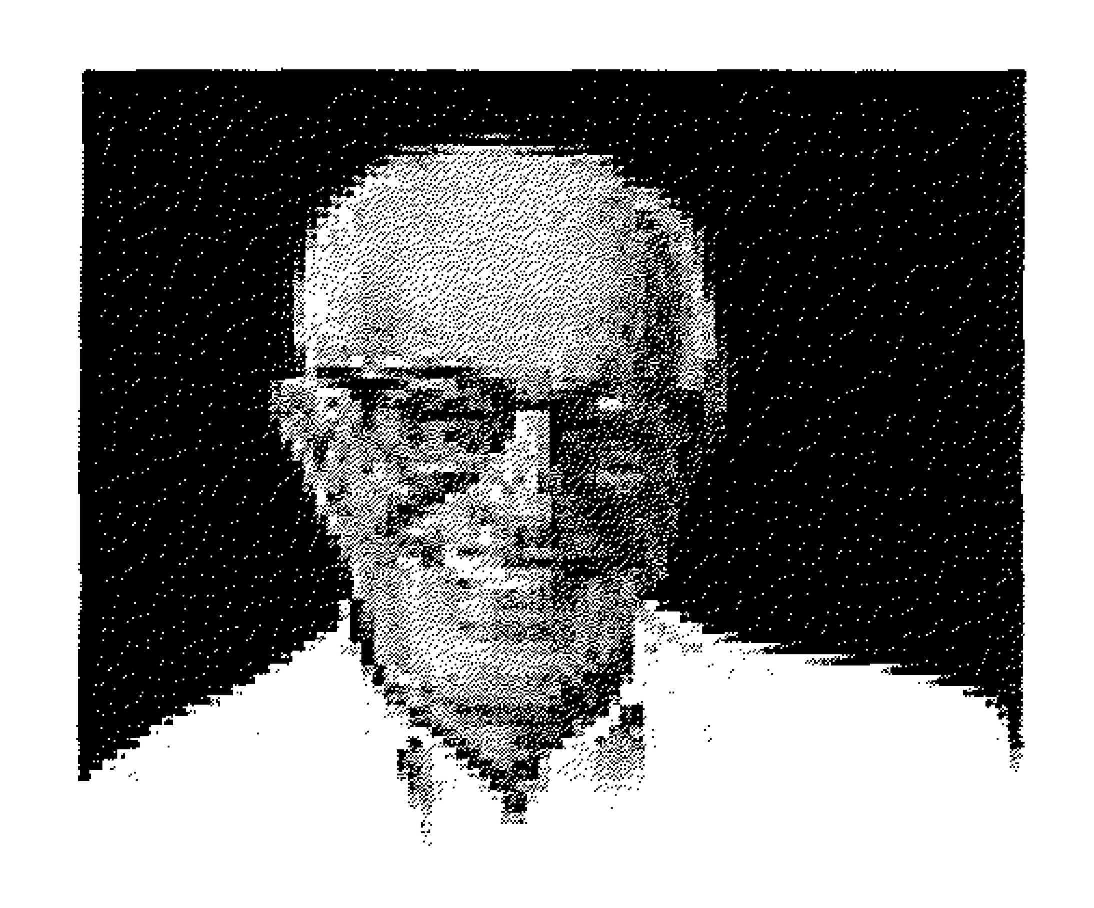
الطرق النقاشية فناشئ من المقدمة المنطقية الأساسية لنظرية REBT ؛ ووفقاً لهذه النظرية، فإن دور المعالجين هو إقناع العملاء بالتخلي عن المطالبة بالمعتقدات اللاعقلانية، في محاولة لتحسين عملهم وأدائهم النفسي.

ووفقاً لما ذكره إليس، فإن REBT متخصصة في صورتين من صور المناقشة:

1. المناقشة الحادة التي يقوم بها المعالجون بمناقشة التفكير اللاعقلاني لدى العملاء.
2. يقوم المعالجون بتعليم العملاء كيفية قيامهم بمناقشة الذات ومناظرة الذات.

وتفضل REBT المناقشة النشطة أو الفعالة؛ وذلك لعدد من الأسباب، وبصورة جوهرية، فإن المناقشة الفعالة هي عملية ديمقراطية، فلا يقوم المعالجون بتعليم العملاء وصف أفكارهم العقلانية، كما أن المناقشة تسمح للعملاء بعمل العموميات الخاصة بهم، وهو ما يؤدي إلى العديد من التغيرات السلوكية والانفعالية العميقة، وعندما يتعلم العملاء كيفية المناقشة الذاتية، فإنه من المحتمل أن يحققوا تحسناً على مدار الوقت. وأما فيما يتعلق بأساليب المناقشة خلال عملية العلاج فقد حدد بيال وآخرين (Beal et al., 1996) أربعة أساليب للمناقشة، وهي التالية:

1. الطريقة الجدلية: وتتضمن تقديم معلومات إلى العملاء من خلال أحد الأساليب التعليمية. وبسبب طبيعته التوجيهية، فقد وصف الباحثون المناقشة الجدلية أكثر الأساليب كفاءة وفاعلية، وقد تم الافتراض بأن المناقشة الجدلية ليست تفاعلية ويتعرض المعالجون فيها لمخاطر فقدان اهتمام العملاء.
2. طريقة المناقشة السقراطية: على عكس الطريقة الجدلية، فإنه قد قيل أنها تشجع مشاركة العميل، وتتضمن المناقشة السقراطية طرح أسئلة، وقد وصفها الباحثون بأنها دعامة التدخلات بين معالجي REBT ذوي الخبرة، وهدف



المناقشة السقراطية هو تحميل المسؤولية على العملاء لإثبات أن معتقداتهم دقيقة، ومثال المناقشة السقراطية هو "أين الدليل على اعتقادك أن...؟

3. أساليب التشبيه: ويحتاج أسلوب التشبيه أن يأخذ العملاء المعتقدات اللامنطقية وأن يطبقوها على موضوعات مألوفة بالنسبة للعملاء، مثل الألعاب الرياضية، التليفزيون والسياسة، فعلى سبيل المثال، فإذا قرر العميل شعوراً مثل الشعور بالفشل بسبب خطأ ارتكبه في العمل، فإن المناقشة التشبيهية سوف يكون "إذا كان "توماس أديسون" كان قد أخبر نفسه بأنه فاشل تماماً عندما فشلت تجاربه الأولى مع الكهرباء، فما الذي كان سوف يحدث لدولنا ؟

4. أسلوب الفكاهة: إن معالجي REBT ربما يستخدمونه خلال المناقشة (متى كان ذلك ملائماً) وهذه الطريقة هي محاولة لتشجيع العملاء على الضحك والسخرية من معتقداتهم اللاعقلانية التافهة، وقد أكد Ellis,1994 أن استخدام الدعابة في العلاج تسمح للعملاء بفحص معتقداتهم اللاعقلانية في ضوء أكثر واقعية. .(Beal et al., 1996, P. 221– 222)

التطور التاريخي للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

ألبرت إليس، حياته وإنجازاته:

ولد ألبرت إليس Alpert Ellis في مدينة نيويورك في(27/9/ 1913) وترعرع فيها، ويتحدث أليس عن طفولته بالقول: إنها طفولة قاسية عاش فيها مرارة الصراع الأسري والذي انتهى بطلاق والديه عندما كان عمره (12) سنة، وهذا ما جعلته ظروف الحياة الأسرية القاسية طفلاً عنيداً وعدوانياً لدرجة كبيرة، إضافة إلى أنه كان يعشق الرياضة، إلاّ أن ضعف انتباهه جعله يتجه إلى قراءة الكتب

والروايات وغيرها من فنون الآداب كالقصة والشعر وغيرها، وهذا ما ساعده على فهم الآخرين.

وفي المرحلة الثانوية وضع نصب عينه أن يصبح أعظم روائي في أمريكا، واعتزم دراسة المحاسبة في المرحلة الجامعية، وكان الغرض من ذلك هو الحصول على ما يكفي من المال للتقاعد المبكر في الوظيفة، من أجل التفرغ للكتابة. وفي عام (1934) حصل إليس على شهادة البكالوريوس في إدارة الأعمال من جامعة نيويورك، وقد أسس هو وشقيقه مشروع لإنتاج المعاطف والسراويل الطويلة، والذي أصبح مدير الموظفين في هذه المؤسسة.

وقد كرّس إليس جلّ وقته لكتابة القصص القصيرة والمسرحيات والشعر والمقالات والكتب والتي تجاوزت (600) مقالة، وذلك عندما كان عمره(26) سنة، قد أدرك بعد ذلك أن مستقبله لا يكمن في كتابة الروايات، وعندئذ تحول من كتابة القصص لتعزيز ما أسماه "ثورة الجنس بين أفراد الأسرة" Sex Family Revlution، ونتيجة لهذا التوجه الجديد في فكره، فقد جمع المزيد والمزيد من المواد عن أطروحة بعنوان:" وبدأت القضية من أجل الحرية الجنسية"، وقد طلب منه كثير من أصدقائه المشورة في هذا الموضوع، وحينها أدرك إليس أن اتجاهه يكمن في تقديم المشورة للآخرين وكذلك الكتابة المقالات والقصص. وفي عام (1942) عاد إلى الجامعة، حيث التحق ببرنامج علم النفس الإكلينيكي في جامعة كولومبيا، وبدأ ممارسة العلاج لبعض الوقت في المجال الأسري، وفي عام (1943) حصل على درجة الماجستير، وفي عام(1947) حصل على شهادة الدكتوراه من جامعة كولومبيا.

وفي أواخر عام 1948 عمل أستاذاً في جامعة "رتغرز" وجامعة نيويورك، وكان من كبار علماء النفس العلاجي في جامعة نيوجيرسي، ثم أصبح المعالج النفسي الرئيسي في المركز الشمالي للتشخيص، ومن ثم في وزارة الصحة في ولاية نيوجيرسي. وفي هذه الفترة بدأ إيمان إليس بالتحليل النفسي يتلاشى في ممارسته

العلاجية، إذ يرى أنه من الصعوبة بمكان إجراء مقابلات شخصية للعملاء بهذا الأسلوب لاعتقاده أن ثمة صعوبة لهم وله، وأنه من الأفضل إجراء جلسات علاجية للعملاء مرة كل أسبوع أو أسبوعين. ويقول إليس في هذا:" لقد استمتعت بعملي كمحلل نفسي في البداية، وذلك لأنه سمح لـيّ أن أعبِّر عن كلا اهتمامَيْ بالمساعدة من جهة وحل المشكلات من جهة ثانية. ولكن أصبحت بشكل متزايد غير راضٍ بالتحليل النفسي كشكل فعال للعلاج". لذلك قرر تغيير اتجاهه العلاجي باللجوء إلى أسلوب المشورة العقلية، حيث أمدته الفلسفة الرواقية بالكثير من الأفكار لتعميق أسلوبه الجديد في المعالجة.

وقد أدرك إليس من خلال ممارسته الأولى في مجال الإرشاد الزواجي وتقديم المشورة أن المشكلات التي تعرض عليه تحتاج لأكثر من مجرد المشورة وتقديم المعلومات، حيث كانت الحالات التي يبدو عليها الاضطراب تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد، لذا لجأ إلى التحليل النفسي التقليدي بالرغم من النجاح الذي حققه مع مرضاه باستخدام هذا الأسلوب، وقد حان له الوقت بالاعتراف بأن التحليل النفسي هو أعمق وأكثر فعالية من أشكال العلاج النفسي الأخرى، إلاَ أنه لم يكن راضياً كل الرضا، ويقدم مبرراً لذلك بالقول: لماذا ينبغي على المعالج أن يظل منتظراً بصورة سلبية لعدة أسابيع أو ربما لعدة شهور حتى يتمكن العميل بمبادرة شخصية أن يبرهن على التهيؤ لتقبل العلاج في الوقت الذي يشعر فيه المعالج منذ البداية وبصورة واضحة عما يعاني منه العميل، ولماذا ينبغي عليه أن يظل سلبياً بينما يناضل العميل بمرارة من أجل مواصلة عملية التداعي الحر، وينحصر التفاعل في عدة كلمات قليلة خلال الجلسة؟ لماذا لا يكون من حقه أن يقدم بعض المساعدة عن طريق توجيه بعض الأسئلة أو التعليقات (باترسون،1982).

وكنتيجة لذلك، تحول إليس من الفرويدية الكلاسيكية إلى الفرويدية الجديدة، حيث قرر إجراء التدريب التحليلي، لكن معاهد التحليل النفسي في أمريكا في ذلك الوقت رفضت أن ينضم إليها متدربين اشتراكيين، لكنه وجد في

مجموعة "كارن هورني Horny" الموافقة على الانضمام إليها، حيث أكمل تدريبات التحليل النفسي بشكل كامل، وبدأ ممارسة التحليل النفسي في إطار توجيه المعلم، كذلك لم يقتنع إليس بما حققه من نجاح في علاج مرضاه بهذا الأسلوب، لأن العميل لا يستطيع الوصول إلى واعي بمشكلاته، وإن استطاع الوصول إلى هذا الفهم إلاّ أنه لم يقترن بتغيير عملي في السلوك.

وأصبح منذ ذلك الوقت يميل إلى نظرية التعلم وخصوصاً طريقة" التعلم الشرطي"، حيث استخدمها في إرشاد كثير من الحالات المترددة إلى مركزه الإرشادي، كذلك تحول إلى العلاج الانتقائي في علاج مرضاه، لكنه مع ذلك أيضاً كان يبدو غير مقتنع. وفي أوائل(1950) ويعد هذه الفترة من التجارب في ممارسة أشكال مختلفة من العلاج، كالتحليل النفسي والسلوكية والانتقائية، عاود ممارسة هوايته في قراءة الفلسفة وذلك لمساعدته في بحثه عن شكل فعال للعلاج. وقد سيطرت على أفكاره في ذلك الحين أعمال الفلاسفة الرواقيين من الإغريق والرومان أمثال (إبكتيتسل، ماركوس أوريليوس)، وهو مذهب فلسفي ازدهر حوالي القرن الرابع قبل الميلاد واستمر حتى القرن الرابع الميلادي، بدأ في اليونان ثم امتد إلى روما. واعتقد الفلاسفة الرواقيون أن لكل الناس إدراكًا داخل أنفسهم، يربط كل واحد بكل الناس الآخرين وبالحق – الإله الذي يتحكم في العالم. أدى هذا الاعتقاد إلى قاعدة نظرية للكون. وهي فكرة أن الناس هم مواطنو العالم، وليسوا مواطني بلد واحد، أو منطقة معينة. قادت هذه النظرة أيضًا إلى الإيمان بقانون طبيعي يعلو على القانون المدني ويعطي معيارًا تقوَّم به قوانين الإنسان. ورأى الرواقيون أن الناس يحققون أعظم خير لأنفسهم، ويبلغون السعادة بإتباع الحق، وبتحرير أنفسهم من الانفعالات، وبالتركيز فقط على أشياء بوسعهم السيطرة عليها. لقد كان للفلاسفة الرواقيين أكبر الأثر في القانون والأخلاق والنظرية السياسية. على أنهم وضعوا أيضًا نظريات مهمة في المنطق، والمعرفة، والفلسفة الطبيعية. ويعتبر زينون مؤسس الفلسفة الرواقية.

كان الرواقيون الأوائل، وخصوصاً "كريسيبيس"، مغرمين بالمنطق، والفلسفة الطبيعية وكذلك بالأخلاقيات، وهم الرواقيون المتأخرون وخصوصاً سنيكا وماركوس وأبيكتيتوس. ومن نافلة القول: إن هذا المذهب الفلسفي تأسس على يد الفيلسوف الشهير "زينون" حوالي(300 ق.م) وهو واحد من السوريين الذين أضافوا عبقرية وبراعة كبيرة خارج الأراضي السورية. ولد حوالي(332 ق.م) في مدينة "سيتيوم" أو "كيتيوم" التي أسسها الكنعانيون في جزيرة قبرص، حيث كانوا يشكّلون عنصراً أساسياً من سكان الجزيرة. وتشير النقود والنقوش المكتشفة إلى أن الملوك الفينيقيين ظلوا يحكمون مدينة كيثيوم حتى زمن الاسكندر الكبير. وفي العشرينات من عمره سافر إلى أثينا ليدرس آثار الفلاسفة الذين قرأ كتبهم. وحين نضج فكرياً راح يحاضر في الرواق في أثينا، فعرفت مدرسته "بالرواقية". فالرواقية ليست يونانية الأصل وليست رومانية في نشأتها، وإن كان زينون قد اتخذ من أثينا مركزاً لإلقاء محاضراته وإذاعة مبادئ فلسفته الأخلاقية، إلاّ أنها في الواقع مدرسة سورية بامتياز.

يقول مكسيم شول "تتجذر في أساس المدرسة الرواقية التي وصل نفوذها إلينا شخصية عملاقة صارعت عصرها، تلك هي شخصية زينون" الذي حاول في محاضراته أن يخرج فلاسفة اليونان من دوائرهم الضيقة إلى رحاب الإنسانية، فقد كان يطمح إلى تبديل جوهر الإنسان الحضاري ومفاهيمه الاجتماعية. ويقول الفيلسوف الألماني ألبرت شفيتسر "لم تبلغ الحركة الأخلاقية في الحضارة اليونانية أوجها إلا بما قامت به الفلسفة الرواقية من عمل عظيم في التربية".

وبذلك كانت الفضيلة الرواقية أسمى أشكال الفضائل في تاريخ الإنسان. وكانت رواقية زينون أنبل وأفضل فلسفة ظهرت في العالم حتى اليوم، وكانت أرفع مناقبه من كل ما أعطى الإنسان من فكر فلسفي. كانت قدوة لجميع المذاهب والفلسفات الأخلاقية في السمو والترفع عن كل غاية أنانية. ويقول الفيلسوف البريطاني بيرتراند رسل: "لقد كان الرواقيون يفهمون الحياة الفاضلة على أنها علاقة النفس بالله، أكثر مما هي علاقة المواطن بالدولة وبذلك مهدوا الطريق

أمام المسيحية التي كانت كالرواقية على نقيض السياسة" للرواقية ملامح روحية أخلاقية تؤلف خطوطاً رئيسية لمذهب أخلاقي.

ويقوم هذا المذهب على دعامتين أساسيتين: الأولى، مسلكية فردية تحدد منهجية سير الإنسان، والثانية جماعية تحدد مركز الإنسان في الكون.

وترتكز الدعامة الأولى على فكرة "الرجل الحكيم" الذي يكيف حياته وفقا لمفاهيم الفضيلة. والفضيلة هي الحياة وفق الطبيعة والطبيعة هنا تعني العقل، وتجعل السلوك الإنساني ضمن دائرة سلطان العقل الأول الذي ينظم أفكارنا ويحكم الكون.

وترتكز الدعامة الثانية على إيمان زينون بوحدة الإنسان وبالمساواة بين الناس؛ فالحياة عنده واحدة والعالم واحد وكون العقل هو الحد المشترك بين جميع الناس مما يجعل الجميع متساوين في العقل وبالتالي بالإنسانية وفي الحقوق الإنسانية.

باختصار، عاش زينون مبشرا بالفضيلة لأنها باعتباره الأساس في حياة الإنسان وسار في حياته كلها على مقتضى الأصول التي آمن بها، ودعا إليها. وقد دأب على حث تلاميذه على لزوم الفضيلة مؤكداً على تضمين قاموس الفلسفة مفهومي "الواجب و"الضمير" اللذين يشكّلان الأساس في المعتقدات الأخلاقية التي تتكون تحت تأثير مختلف العلاقات في المجتمع على نحو يسمح للأفراد والشعوب بالتفكير الحر وبالتعبير الحر مشدداً على اعتقاده بأن اللاهوت فعل شامل منتشر في مادة الكون، يعرف باسم "العناية" مستوى الفضيلة الذي بلغته الرواقية عال وعظيم بل تعتبر أنبل فلسفة عرفها العالم القديم.

وبعد ذلك تبعه كليانثوس(232 –331 ق.م)، الذي كتب نشيداً إلى زيوس. ثم أتى بعد ذلك، تلميذه كريسيبوس (280 – 204 ق.م) الذي وضع منظومة العقيدة والذي يمكن اعتباره بحق الأب الثاني للرواقية.

وقـدّر لمبـادئ الفلسـفة الرواقيـة أن تلعـب دوراً ذا شـأن في مسـار الفكـر السياسـي وتطوره في فترات لاحقة. ويذهب رواد المدرسة الرواقية إلى الاعتقاد بأن الغرض من الحياة هو تحقيق سعادة الفرد ومفهوم السعادة لديهم لا يتمثل في إشباع الرغبات المطلقـة كمـا يـذهب غيرهـم، وإنمـا السـعادة عنـدهم تتمثـل في كبـت الانفعـالات العاطفية وإخضاع الرغبات غير الأخلاقية لحكم العقل. وقد بدا أسلوبه العقلاني الانفعالي في التبلور عند هذه النقطة، حيث أصبح منذ عام (1954) مقتنعاً بأن الخبرات العُصابية المبكرة تستمر دون أن تنطفئ على الرغم من عدم تعزيزها، وذلك بسبب أن الأفراد العصابيين يعززون هذه الخبرات عن طريق التلقين الذاتي، وعن طريق رفضهم للعلاج وما يؤدي إليه من استبصار، ولذا لجأ إلى تعليم عملاءه كيف يغيرون تفكيرهم ليتفق مع الأسلوب العقلي في حل المشكلات. ولقد طوّر هذا الأسلوب من خلال سلسلة من المقالات بدأت سنة(1955)، والتي بلغت ذروتها في كتابه "العقل والانفعال في العلاج النفسي".

وبحلول عام (1955) ابتعد إليس عن التحليل النفسي تماماً، وبدلاً من ذلك استند إلى التركيز على تغيير سلوك الناس من خلال مواجهتهم مع معتقداتهم غير عقلانية وإقناعهم على اعتماد على الأسلوب العقلاني. وهذا الدور في العلاج كان أكثر استحساناً لفكر إليس، لأن المعالج يمكن أن يكون أكثر صراحة موضوعية في التعامل مع مشكلات المرضى. وقد نشر كتابه الأول عن REBT، وكيفية التعايش مع العصبية، عام(1957). بعد ذلك بعامين، نظم معهد المعيشة الرشيدة، حيث عقدت حلقات عمل لتعليم المعالجين مبادئ العلاج وأمور أخرى، مثل: الفن، والحب، والجنس والزواج.

أسس إليس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في عام(1955) وذلك عندما كان يعمل في علم نفسي سريري في مدينة نيويورك، وقد بدأ مهنته في المساعدة الطبية في أوائل عام(1940). ونتيجة للبحث، كان يعمل في ذلك الوقت في عمل ضخم عنوانه "مسائل في الحرية الجنسية" حيث حصل على سمعة وشهرة على أنه خبير ومحط ثقة في العلاقات الجنسية والزوجية، إذ استشاره أصدقاؤه حول

مشكلاتهم الجنسية واكتشف بعد ذلك أنه بإمكانه أن يكون ناجحاً في مساعدتهم لحل هذه المشكلات خلال فترة وجيزة من الزمن. ونتيجة لذلك واصل التدريب في علم النفس الإكلينيكي، وبعدها تقدَّم في الاستشارة الجنسية والقضايا المتعلقة بالزواج. حيث صمم على هذا المسير من العمل لأن تجاربه كمستشار غير رسمي في القضايا الزوجية والجنسية علّمته أن العلاقات المضطربة هي في الحقيقة حصيلة أو نتاج أشخاص مضطربين. "وأنه إذا كان من المفروض مساعدة الناس ليعيشوا بسعادة مع بعضهم، فإنه يفضل في البداية أن يبيِّن لهم كيف يعيشون بسلام مع أنفسهم".

وقد أكّد هؤلاء الفلاسفة على أولوية السببية الفكرية في الاضطرابات النفسية، ووجهة النظر هذه لم تكن شائعة في أمريكا في الخمسينات (1950) وقلَّ التأكيد على الجزء الذي تؤثر فيه عوامل التحليل النفسي. وبشكل جوهري، ومن وجهة نظر الفلاسفة، التي أكدّتّ أن الناس لا يضطربون بسبب الأشياء وإنما بسبب نظرتهم لهذه الأشياء وإدراكهم لها. وأصبحت وجهة النظر هذه هي أساس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي RET وبقيت أيضاً في قلب (لبِّ) الطرق المعرفية – السلوكية للعلاج النفسي.

وقد احتل إليس مرتبة مرموقة بين علماء النفس المعاصرين باعتباره الأكثر تأثيراً من قبلهم على حد سواء. كما عمل محرراً ومشاركاً في العديد من المجلات العلمية، وقال إنه نشر أكثر من(800) ورقة علمية وأكثر من (200) الكاسيت والفيديو. وفي عام(1997) رشحته الرابطة الأمريكية للدراسات الإنسانية ليكون رجل الإنسانية لهذا العام. كما تلقى العديد من الجوائز العلمية من المنظمات النفسية المرموقة في أمريكا، مثل: الرابطة الأمريكية لعلم النفس، والرابطة الأمريكية للدراسات الإنسانية، والأكاديمية الأمريكية لعلاج الأمراض النفسية، وجمعية الدراسات النفسية حول الجنس، والرابطة الأمريكية للمربين حول قضايا الجنس، وأكاديمية علماء النفس في العلاج الزواجي والأسري. وقد قام بتأليف أو تحرير أكثر من خمسة وسبعين كتاباً ودراسة، ومن أهم كتبه:

- كيف يمكن العيش مع العصبية "How to Live with a "Neurotic
- الجنس بدون ذنب Sex Without Guilt
- والفن والعلوم في الحب The Art and Science of Love
- دليل لحياة عقلانية A Guide to Rational Living
- العقل والعاطفة في العلاج النفسي Reason and Emotion in Psychotherapy
- كيف ترفض بعناد لجعل نفسك بائسة حول أي شيء How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable About Anything—Yes, Anything!
- التغلب على التسامح: Overcoming Procrastination
- التغلب على المقاومة: Overcoming– Resistance
- تطبيقات العلاج الانفعالي للسلوك The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy
- كيف تجعل نفسك سعيداً وأقل اضطراباً How to Make Yourself Happy and Remarkably Less Disturbable
- التغلب على المعتقدات الهدامة، والمشاعر، والسلوكيات Overcoming Destructive Beliefs, Feelings, and Behaviors
- الغضب: كيفية العيش معه وبدونه Anger: How to Live With It and Without It
- اسأل ألبرت إليس Ask Albert Ellis
- نظرية العلاج العقلاني الانفعالي للسلوك Rational Emotive Behavior Therapy:
- الطريق إلى التسامح : فلسفة العلاج العقلاني الانفعالي . The Road to Tolerance: The Philosophy of Rational Emotive Behavior Therapy
- الأسطورة تقدير الذات The Myth of Self– Esteem

وقد توفي البرت إليس في(2007/7/24) تاركاً وراءه ذخيرة معرفية هائلة من الأفكار والتطبيقات العلاجية التي تحتاج إلى تجويد وإعادة نظر كي تناسب المجتمعات والثقافات المختلفة.

التأثيرات الفلسفية الحديثة:

بصرف النظر عن مذهب الرواقيين، فإن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تدين بدَيْن فلسفي لعدة مصادر أخرى كان لها تأثير على تطورها. إن كتابات "إمانويل كانْت" عن قوة وقصور الإدراك والتخيّل تركت انطباعاً قوياً لدى إليس، وكذلك عمل "سبينوزا وسكوبنهور" كان عملاً ذات أهمية في هذا الاعتبار. ويمتد الأمر ليشمل فلاسفة العلم مثل بوبر (1959 – 1963)، ريشنباك (1953)، وروسل (1965) فقد كان لهؤلاء الفلاسفة تأثيراً في مساعدته لإدراك أن كل البشر يُطورون فرضيات عن طبيعة العالَم. بالإضافة إلى ذلك، فقد أكّد الفلاسفة أهمية اختبار صحة مثل هذه الفرضيات بدلاً من اعتبارها صحيحة سلفاً دون اختبار.

إن تطبيق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي هو ممارسة مترادفة وضمن عدة اعتبارات مع الطرق التجريبية للعلم. هذا، وتؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (RET) على المرونة وتعارض المبادئ والقواعد المؤكدة دون دليل من الطرق العلمية. وتقود هذه النظرية إلى اعتبار كل تشبث صارم بالقواعد هو أساس للاضطراب البشري (أليس، 1983 a).

بالرغم من أن فلسفة نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على خلاف مع الدين، إلا أن هناك علاجاً من الفلسفة المسيحية ذات تأثير على هذه النظرية. فتتشابه هذه النظرية حول القيمة البشرية مع وجهة النظر المسيحية التي تُدين الذنب ذاته بينما تغفر للمذنب.(أليس، 1983؛ هوك 1972؛ بول 1976). ويتطابق ذلك مع موقف هذه النظرية كما تتحالف نظرية (RET) مع فلسفة الحيوية الأخلاقية (روسل، 1930، 1965) التي تعارض تأليه البشر.

وتعد نظرية (RET) أن البشر في مركز كونهم، وليس الكون ذاته، وأن لديهم الخيار (ليس الخيار غير المحدود) مع أخذ عالمهم العاطفي بعين الاعتبار، فإن لهذه النظرية جذورها في الفلسفة الوجودية لـ (هيدغر 1949) وتيليش (1977) في الحقيقة، لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي نظرة وجودية واضحة (أليس، 1973).

ويضيف أليس، لقد تأثرتُ بشكل خاص بعمل علماء أخصائيين بالألفاظ ودلالاتها مثل (كورزاي بسكي 1933) حيث قدَّم هؤلاء العلماء معلومات عن الأثر الفعال الذي تؤثر به اللغة على التفكير، وعن الحقيقة التي تقود إلى أن العمليات العاطفية تعتمد بشكل كبير على طريقتنا، نحن كبشر، والتي نركّب وتصوغ بها تفكيرنا بوساطة هذه اللغة.

التأثيرات النفسية:

خلال تطور نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، تأثر إليس بعمل عدد من علماء النفس، حيث تلقى تدريباً في التحليل النفسي على يد محلل في مدرسة "كارين هورني"، كما كان لمفهوم هورني عام (1950)"الأحكام الاستبدادية" هذا المفهوم الذي ينادي بماذا يجب أن يكون، وماذا ينبغي، أثر كبير على توكيد " أن للتفكير المطلق الثابت دور كبير في تطور واستمرار الاضطراب النفسي". وتمتد الأهمية في تطور نظرية العلاج العقلاني الانفعالي إلى عمل أدلر وذلك ضمن عدة اعتبارات. فقد كان أدلر(1927) الاختصاصي الأول في المعالجة الذي يؤكد على مشاعر النقص عند الإنسان، بينما تؤكد، وبشكل مشابه نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على تصنيف Rating (تقييم) الذات، والحصر النفسي الذي يقود إليه مثل هذا التصنيف.

هذا، وتتشابه نظرية العلاج العقلاني الانفعالي مع ما نادى إليه أدلر Adler في علم النفس الشخصي (الفردي)، حيث تؤكد النظرية أهداف ومرامِ وقيم الناس، ويمتد التشابه بين النظرية (RET) و ووجهة نظر أدلر إلى استخدام التعليم

التوجيهي الفعال والتركيز على الاهتمامات الاجتماعية، النظرة البشرية الشاملة الكلية، وتطبيق الشكل التأملي المقنع من المعالجة النفسية. على الرغم من أن نظرية (RET) سُميت بالأصل «المعالجة النفسية العقلانية» إلا أنها كانت مؤيّدة دائماً لاستخدام الطرق السلوكية بالإضافة إلى التقنيات المعرفية والانفعالية في تطبيق المعالجة. يقول إليس: في الحقيقة، لقد استفدتُ من بعض الطرق التي أُيدت من قبل العديد من العلماء الأوائل والرواد في مجال العلاج السلوكي منهم (دونلاب،1932) وكانت تلك الفائدة:

أولاً: في التغلب على مخاوفي الأولية أثناء التحدث علانية والاقتراب من النساء.

ثانياً: الصيغة التوجيهية الفعالة في معالجة الجنس والتي طبقتها في أوائل الخمسينيات، وما زالت بارزة في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي الحديثة.

هذا، وقد طبق إليس نظريته (RET) خلال السنوات الثلاثين لوجودها في نماذج علاجية متنوعة منها (الفردي، الجماعي، العلاقات الزوجية، والأسرية) وذلك من قبل أنواع عديدة من المحترفين في هذا المجال، أمثال: علماء النفس، أطباء نفسانيين، وعاملين اجتماعيين، ومع مراحل عمرية متنوعة: راشدين، وأطفال، وكبار السن، ممن يعانون من اضطرابات نفسية شديدة. وبغض النظر عن استخدام النظرية (RET) في الاستشارة والمعالجة النفسية، فقد طُبقّت مبادئها الأساسية في الأوضاع التعليمية، الصناعية، والتجارية. وهناك تطور حديث طرأ على تطبيق النظرية في التعليم العام وذلك عن الطريق العلاجي، وورش عمل مكثفة تستمر حوالي تسع ساعات متوالية.

وضمن هذا السياق، تلعب هذه النظرية دوراً ذا دلالة في مجال علم النفس العلاجي.

هذا، وقد امتدّ تطبيق هذه النظرية عالمياً، وهناك معاهد خاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي في الولايات المتحدة، إيطاليا، ألمانية الغربية، استراليا إنكلترا.... والعديد من دول العالم.

المفاهيم الأساسية للنظرية:

ترتكز نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على مجموعة من الفرضيات التي تؤكد كل من التصلب والمرونة لدى الكائنات البشرية. ومن خلال هذه النظرة الأساسية لطبيعة البشر، فإن (RET) تستند على المفاهيم النظرية التالية:

أ. الأهداف، والغايات، وأفكار العقلانية:

حسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، يشعر البشر بالسعادة عندما يحققون أهداف هامة في حياتهم وأيضاً عندما يجاهدون بنشاط وفعالية لتحقيق هذه الأهداف والغايات، وبتحقيقهم وسعيهم المتواصل وراء هذه الأهداف والغايات فإنهم يدركون حقيقة عيشتهم في عالم اجتماعي واهتمامهم بالمصلحة الشخصية، حيث يضع الإنسان نفسه في المقدمة وباقي البشر في الدرجة الثانية. لكن هذا يتعارض مع فلسفة أو فكرة الأنانية، حيث إن رغبات البشر لا تحظى بالاهتمام ولا تؤخذ بعين الاعتبار. بينما إذا أردنا الحديث عن العقلانية بالنسبة لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي: فالعقلانية تعني:"التفكير الذي يساعد الإنسان على إنجاز الأهداف والغايات الأساسية التي تعمل على إسعاده". أما التفكير اللاعقلاني فيعني "ما يمنع الإنسان من إنجاز هذه الأهداف والغايات"، وهكذا تكون العقلانية غير معرفة بأي معنى مطلق ولكن بمعنى نسبي ذو صلة بطبيعة البشر.

ب. التأكيد على الإنسانية:

لم توجد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لتكون موضوعية فقط أو علمية، أو مرتكزة على التقنيات الحديثة، وإنما تركز وتؤكد وبشكل واضح على

العلاج الإنساني والمشكلات الإنسانية، وكيفية تجاوزها وحلها، وذلك من خلال مايلي:

- تتعامل بشكل أساسي مع الاضطرابات الناس الناجمة عن التداخل بين العاطفة والتفكير والذي ينعكس بدوره على السلوك والتصرفات.
- تركّز على العقلانية والعلمية وتضع كل علاج منها في خدمة الناس مع المحاولة على جعلهم قادرين على العيش بسعادة.
- تساند مذهب المتعة، الذي يقول: "إن اللذة أو السعادة هي المميز الأسمى في الحياة"، ولكنها تجمع بين المتعة القصيرة المدى والطويلة المدى، وعلى هذا الأساس يستطيع الإنسان أن يحقق المتعة أو اللذة اللحظية والمستقبلية، وقد يصل إلى الحرية المطلقة.
- تفترض نظرية (RET) أنه لا يوجد هناك من هو فوق البشر، وأن هذا الإيمان الورِع بالقوة البشرية الفائقة يتجه إلى تعزيز الاتكالية، ويزيد من الاضطرابات العاطفية الناتجة عن هذا الاعتقاد الخاطئ.
- وتفترض أيضاً بأنه لا يوجد هناك بشر، أيّاً كان سلوكهم الذميم وغير الاجتماعي، يستحقون اللعنة والدونية عن غيرهم من البشر.
- تؤكد على أهمية الإرادة وحرية الاختيار فيما يتعلق بالمسائل البشرية، وتقبل الاحتمال القائل بأن السلوك البشري يُحدَّد بقوى وعوامل بيولوجية واجتماعية وغيرها. (بندورا، 1977، أليس، 1973، 1984 a).

ج. تفاعل العمليات النفسية وموضع الإدراك فيها:

أكدت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (RET) ومنذ بدايتها على النظرة التفاعلية للعمليات النفسية البشرية. فالإدراك، والعاطفة، والسلوك لا يتم اكتشاف كل منهم بمعزل عن الآخر، وإنما في عالم من الاضطراب النفسي حيث يصل التداخل بينهم إلى درجة هامة.

وتؤكد النظرية (RET) الحديثة أيضاً على الطبيعة الاستدلالية للأحداث النشطة الفعالة، وتُظهر كيف يتم استقبال هذه الأحداث عند البشر حيث تتفاعل مع كل من الإدراك والعاطفة والسلوك. أي أن الأحداث المستقبَلة تثير التفكير والعاطفة والسلوك. وإنه لمن الصحيح التعبير عن هذه النظرة التفاعلية، لكن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي غالباً ما تُلاحظ في العمليات النفسية البشرية وخاصة في الدور الذي يلعبه التفكير التقييمي التخميني في الاضطرابات والصحة النفسية.

وتكمن المساهمة الفريدة من نوعها لنظرية (RET) في مجال علاج السلوك القائم على الإدراك (التفكير) عندما تميز بين المعتقدات العقلانية واللاعقلانية. فالمعتقدات العقلانية: هي الأفكار المفضلة للشخص في الطبيعة والتي يعبّر عنها على شكل رغبات، تفضيلات، أمانٍ، ميول، وأشياء غير مرغوبة. ويتولد عن تحقيق الإنسان لرغباته مشاعر إيجابية من الرضا والمتعة. وأما المشاعر السلبية مثل الاستياء، عدم الرضا، الحزن، اليأس وغيرها فتكون نتيجة لعدم قدرة الفرد تحقيق رغباته، حيث تتفاوت شدة وقوة هذه المشاعر حسب أهمية الرغبة وضرورة تحقيقها لدى الفرد.

إن السبب الرئيس هذه المعتقدات عقلانية هو أنها نسبية (غير مطلقة)، وأيضاً لا تشكل عائقاً أمام إحراز الأهداف والغايات المرغوبة. أما المعتقدات اللاعقلانية: فهي على خلاف المعتقدات العقلانية تتصف بالثبات، ومطلقة بطبيعتها، ويعبّر عنها بشكل واجبات (يجب، ينبغي، لابد من). كما تقود إلى عواطف سلبية تتحكم بخط سير إحراز وتحقيق الهدف. وتتنوع هذه العواطف بين مشاعر: كآبة، اضطراب، شعور بالذنب، والندم. بالإضافة إلى ما سبق: تقود المعتقدات العقلانية إلى تصرفات فعالة بينما المعتقدات غير العقلانية تعمل على تعزيز التصرفات غير الفعّالة مثل الانسحاب، والتردد، والمماطلة (التأجيل)، وقد يتطور الأمر إلى شرب الكحول وسوء المعاملة (اليس، 1982 b).

د. الاستعدادات البيولوجية:

بخلاف معظم نظريات المعالجة الأخرى التي تؤكد على أثر الأحداث الحياتية في تطور الاضطرابات النفسية، تفترض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن الاستعداد البيولوجي لدى الإنسان تتمثل في أن يفكر بشكل لا عقلاني، وهذا له الأثر الكبير على الاضطرابات النفسية التي تصيبه. وأن وجهة النظر هذه التي تقول: "إن التفكير اللاعقلاني يتوقف على عوامل بيولوجية" ترتكز على السهولة الظاهرية التي يفكر فيها البشر بشكل منحرف (لاعقلاني)، وأيضاً على تفشي وسيطرة مثل هذا التفكير حتى بين البشر ذوي التفكير العقلاني (أليس، 1967 a). بينما سلّم إليس بحقيقة أنه يوجد هناك عوامل اجتماعية ذات تأثير على تفكير البشر، وأنه "إذا كان لكل فرد تنشئة وتربية عقلانية، فإن كل البشر افتراضياً سوف يحركون بشكل لاعقلاني تفضيلاتهم (رغباتهم) الفردية والاجتماعية إلى مطالب مطلقة وثابتة". وهذا ما سوف ينعكس على:

1. الأشخاص أنفسهم.
2. الأشخاص الآخرين.
3. المحيط من حولهم. (أليس، 1984 a، 20).

وهنا، يوجد مجموعة من الشواهد التي تؤيد فرضيات نظرية (RET) حول الأسس البيولوجية للأفكار اللاعقلانية للبشر، والمتمثلة في:

1. كل البشر، افتراضياً، بما فيهم الذكي وذوي الكفاءة، يقدمون دليلاً على اللاعقلانية البشرية.
2. كل الانفعالات التي تولّد التصرفات اللاعقلانية والموجودة في مجتمعنا (يقصد إليس المجتمع الأمريكي) وتوجد أيضاً بين المجموعات الثقافية والاجتماعية التي قامت بدراسات تاريخية ومتعلقة بعلم الإنسان.

3. معظم التصرفات اللاعقلانية للبشر، مثل المماطلة وعدم القدرة على ضبط الذات هي نتيجة للتعاليم التي يقدمها أولياء الأمور والأصحاب والمحيط الاجتماعي ككل.
4. يتبنى البشر غالباً – حتى الأذكياء وذوي الكفاءة – مواقف لا عقلانية أخرى بعد التخلي عن السابقة فيها.
5. يقع البشر الذين يقاومون بقوة أنواع السلوك اللاعقلاني ضحية وفريسة لهذه التصرفات اللاعقلانية، فيقدّم الملحّدون الذين لا يدركون(من يعتقدون بأن وجود الله وطبيعته وأصل الكون أمور لا يمكن معرفتها) مبادئ فلسفية مطلقة، والمؤمنون المتدينون يتصرفون بشكل لا أخلاقي.
6. يساعد التبصر في التفكير والسلوك اللاعقلاني، بشكل جزئي على تغير هذا التفكير والسلوك (مثل التعلّم من الخطأ). مثال: يعترف الإنسان أن شرب الكحول بكميات كبيرة يؤذي الصحة، ولكن هذا الاعتراف لا يعني بالضرورة أن هذا الإنسان سوف يقلع عن شرب الكحول.
7. يعاود البشر غالباً إلى العادات والتصرفات اللاعقلانية حتى ولو عملوا بشكل جدي على التغلب عليها.
8. يجد الإنسان أنه من الأسهل عليه أن يتعلّم هزيمة الذات من أن يتعلّم تعزيزها ودعمها، لذلك يأكل الإنسان بإفراط بشكل سهل جداً ولكنه يصبح في مشكلة كبيرة عندما يتبع حمية معينة.
9. إن المعالجين النفسيين الذي يُعتبرون، والذين يجب أن يكونوا نماذج جيدة للتصرفات العقلانية، غالباً ما يتصرفون بشكل غير عقلاني في حياتهم الشخصية والمهنية.
10. يضلّل البشر أنفسهم بشكل متكرر بالاعتقاد أن التجارب السيئة مثل (الطلاق، التوتر، ومشكلات أخرى) سوف لن تحدث لهم.

هـذا، وتعـد نظريـة العـلاج العقلانـي الانفعـالي، بـأن لـدى بشـر اسـتعداداً بيولوجيـاً ، أي ممارسـة قـوة الاختيـار البشـرية والعمـل باتجـاه تغـيير الـتفكير اللاعقلاني، لذلك فإن للبشر:

1. القـدرة علـى فهـم أن باسـتطاعتهم جعـل أنفسـهم مضـطربين مـن خـلال الـتفكير اللاعقلاني.
2. القدرة على فهم أن باستطاعتهم تغيير تفكيرهم.
3. القـدرة علـى العمـل بشـكل مسـتمر وفعّـال باتجـاه تغـيير الـتفكير اللاعقلانـي، وذلك بتطبيق الطرق السلوكية والانفعالية والمعرفية.

ومـع هـذا، فـإن نظريـة العـلاج العقلانـي الانفعـالي تؤكـد علـى أن البشـر يملكّون اسـتعداداً بيولوجيـاً قويـاً للـتفكير بشـكل غـير عقلانـي، وتقـود إلى أن البشـر عبيد لهذا الاستعداد البيولوجي، ولكن باستطاعتهم ولـو بشكل جزئـي تجاوز آثاره. ومن خلال التحليل الأخير، فإن نظرة العلاج العقلاني الانفعالي للإنسان هـي نظـرة تفاؤلية وليست تشاؤمية (أليس، 1973، أليس وبرنارد، 1983، 1985).

نوعان من الاضطرابات البشرية الأساسية، هما:

حسـب نظريـة العـلاج العقلانـي الانفعـالي، يسـتطيع البشـر إلقـاء متطلبـات مطلقـة علـى الـذات، وعلـى الآخـرين، وعلـى المحـيط ككـل). لكـن، إذا تم التحقـق مـن هذه المطالب فسوف يتم تصنيفهم في مجموعتين من الاضطرابات النفسية:

1. اضطراب الذات.
2. اضطراب القلق أو الانزعاج (أليس، 1979 a، 1980 a).

ففـي اضـطراب الـذات، يلقـي الإنسـان بالمتطلبـات علـى الـذات، وعلـى الآخـرين، وعلى المحيط. وإذا لم يتم إشباع هذه المطالب أو الحاجات في الماضي، أو في الحاضر، أو في المستقبل يصبح الإنسان مضطرباً بإلقاء اللوم على الذات من خلال:

1. عملية إعطاء النفس (نفسي) تصنيفاً سلبياً.
2. وصف النفس بالشيطان لكونها سيئة وأقل قيمة (درايدن، 1984 b).

إن البديل العقلاني والصحي لإدانة الذات هو قبول الذات، والذي يشمل رفض إعطاء ذات الشخص تصنيفاً واحداً (وذلك لأنها تعد مهمة غير ممكنة وتعزى إلى تعقيد وسلاسة الشخص، ولأنها تتدخل بشكل اسمي وليس فعلي في إحراز أهداف وغايات الإنسان). أما في اضطراب القلق أو الانزعاج، هنا يُلقي الإنسان أيضاً المتطلبات على الذات، وعلى الآخرين، وعلى المحيط، وهذه المتطلبات ذات علاقة بالمطالب الثابتة المطلقة والتي تدعو إلى وجوب وجود شروط الراحة والحياة المريحة. وعندما لا تُشبع هذه المطالب في الماضي، الحاضر، أو المستقبل يصبح الإنسان مضطرباً. وفي هذه الحال، يُعد تحمل الانزعاج والقلق لكي يتحقق الهدف، ويتم الوصول إلى السعادة طويلة الأمد الخيار الصحي والعقلاني للمطالب. وهكذا، فإن قبول الذات والمستوى العالي للتحمل هما من أساسيات الصورة الانفعالية العقلانية للصحة النفسية للكائنات البشرية.

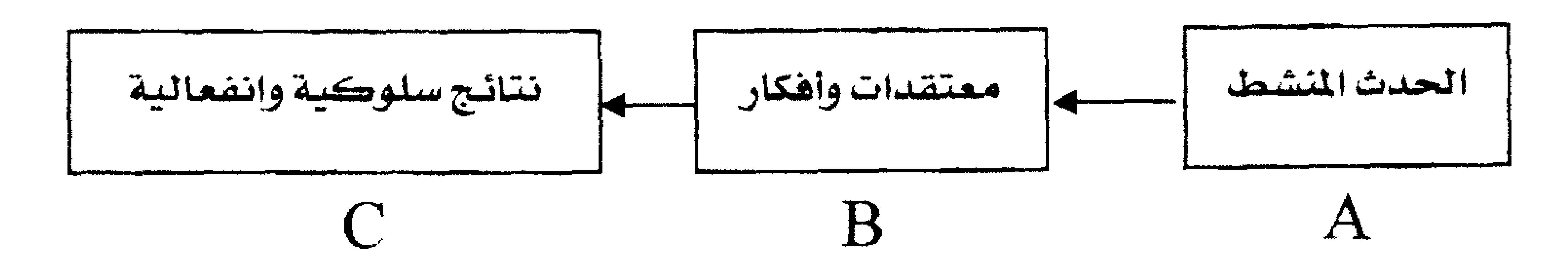
نموذج ABC للعلاج العقلاني الانفعالي:

عندما أسس إليس نظريته، وظّف نظام تقييم ABC وذلك لفهم المشاكل النفسية للمرضى (العملاء) في هذا المخطط:

(A) تعبّر عن الحدث(المثير) المنشّط.

(B –) تُمثّل معتقدات وأفكار الشخص عن الحدث.

(C–) تشير إلى الاستجابات السلوكية والانفعالية للشخص.



وتكمن الفائدة الأساسية لنظرية ABC ببساطتها، لكن بنفس الوقت تُعد هذه البساطة ضرراً خلال ذلك التمييز الهام بين النماذج المختلفة للنشاط المعرفي. ومن المهم ملاحظة أن المعالجين الذين يطبقون نظرية العلاج العقلاني الانفعالي يستخدمون نِسخاً موسَّعة من النظرية الأصلية ABC (أليس، 1985، وسلر ووسلر، 1980).

وهكذا، لا توجد طريقة صحيحة ومطلقة لفهم مشاكل العملاء حسب مخطط هذه النظرية ABC، الأحداث المنشطة أو المنشطات (As) للعواقب السلوكية والانفعالية والمعرفية.

تبدأ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بفهم الشخصية والاضطرابات النفسية من خلال محاولة البشر تحقيق أهدافهم في البيئة المحيطة بهم، ومواجهة مجموعة من المنشطات التي تتجه لمساعدتهم في إنجاز أو إحباط تلك الأهداف. وعادة تكون هذه المنشطات عبارة عن الأحداث الحالية والماضية أو الأفكار أو المشاعر أو السلوكيات الخاصة للفرد، لكن قد تكون هذه الأحداث ضمن الذاكرة أو الأفكار (الشعور أو اللاشعور) حول الخبرات الماضية. وغالباً يميل البشر للاستجابة مع هذه الأحداث المنشطة بسبب:

1. استعداداتهم الوراثية أو البيولوجية.
2. تاريخهم الأساسي.
3. تعلّمهم الاجتماعي والشخصي السابق.
4. العادات المكتسبة بالإضافة إلى استعدادهم الفطري.

لا توجد الأحداث المنشطة في حالة مفردة صافية بل تتفاعل مع الأفكار والعواقب الانفعالية والسلوكية، وتكون أيضاً الأحداث المنشطة حصيلة لمشاعر البشر وأفكارهم وغاياتهم.

الأفكار والمعتقدات حول الأحداث المنشطة:

حسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، إن للبشر معتقدات، وأفكار ومعارف، وإدراكات غير محدودة عن الأحداث المنشطة، وتؤثر هذه الأفكار والمعتقدات(B.S) بشكل كبير على العواقب أو النتائج المعرفية، والانفعالية، والسلوكية (CS) بالرغم أن الأحداث المنشطة تعمل أو تساهم بشكل مباشر في الوصول إلى النتائج، لكن قلّما يكون هذا صحيحاً، لأن الأفكار والمعتقدات(BS) تعمل أحياناً كوسيط بين(AS) الأحداث المنشطة والنتائج (CS).

وغالباً ما يكّون البشر الأحداث المنشطة من أفكارهم ومعتقداتهم، ويقومون بشكل خاطئ بممارسة أو تجربة هذه الأحداث في ضوء معتقداتهم وأفكارهم (توقعات، تقييمات)، وأيضاً في ضوء العواقب الانفعالية. لذلك فإن البشر لا يجرّبون ولا يتعرَّضون للأحداث المنشطة دون المعتقدات الأفكار والعواقب الانفعالية المعرفية والسلوكية. مثال ذلك:

- الأحداث المنشطة (قلق، واضطراب، وضغط نفسي)، مثل: رسوب طالب في سنة دراسية.

الأفكار أو المعتقدات (عقلانية أو غير عقلانية):

أ. عقلانية: يقول الطالب لنفسه."أتمنى لو أنني نجحت، ولكن لسوء الحظ رسبت، ولكن سأبذل جهداً أكبر العام القادم".

ب. غير عقلانية: "كان يجب أن أنجح، لأن الرسوب بالنسبة لي كارثة مدمرة".

- العواقب الناتجة عن الأفكار العقلانية: مثل الأسف، خيبة الأمل من الناحية الانفعالية، وبذل جهد أكبر لتحقيق النجاح من الناحية السلوكية.
- العواقب الناتجة عن الأفكار غير العقلانية: القلق، الغضب، كره الذات من الناحية الانفعالية، وقد يكون الانتحار من الناحية السلوكية).
- المعتقدات والأفكار (BS): تأخذ المعتقدات أشكال مختلفة لأن لدى البشر أنواع عديدة من الأفكار، وهناك حسب نظرية (RET) معتقدات عقلانية

والتي تقود إلى مساعدة الذات، ومعتقدات غير عقلانية والتي تقود إلى تحدي وهزيمة الذات.

وهناك أنواع أخرى للمعتقدات والأفكار BS، ومنها مايلي:

أ. الملاحظات غير القيّمة:

مثال: الرجل يمشي. ولا تتعدى مثل هذه الملاحظات المعلومات الحالية المتوفرة أمام الشخص. وتُعد غير قيّمة لأنها ليس لها علاقة بأهدافنا وغاياتنا، وعندما تكون مثل هذه الملاحظات ذات صلة بأهدافنا عندها تصبح قيّمة.

مثال: الرجل يمشي هذا الرجل أبي الذي استرد عافيته بعد تعرضه لحادث سيارة. الملاحظة هنا قيّمة وغالباً تكون ضمنية كأن أقول (سررت لرؤية أبي يمشي).

ب. الاستنتاجات القيّمة:

مثال: يذهب الرجل الذي يمشي إلى مكتب البريد.

تدعى مثل هذه الأفكار "استدلالات أو استنتاجات" لأنها تتعدى البيانات والمعلومات المتوفرة. حيث يستطيع الكل هنا ملاحظة أن الرجل الذي يمشي يتجه إلى جهة معينة. ولكن بالرغم من أن الرجل يتقدّم باتجاه مكتب البريد، إلا أنه قد يكون أو لا يكون ذاهباً إلى هناك. قد تُعرض مثل هذه الاستنتاجات كفرضيات حول ملاحظاتنا التي قد تكون أو لا تكون صحيحة. وتُعد هذه الاستنتاجات غير قيّمة في حال بُعدها عن أهدافنا. بينما تكون قيّمة في حال تعبيرها عن أهدافنا وغاياتنا مثال على ذلك: عندما يقوم الرجل الذي ربما يكون ذاهباً إلى مكتب البريد بإعادة علب أعياد الميلاد إلينا (إذا قام بمثل هذه الزيارة). هنا سيكون الاستنتاج القيّم ضمني، مثل قول ذلك جيد، فالرجل الذي يمشي يتجه إلى مكتب البريد.

إنه لمن المفيد إدراك أن الاستنتاجات ترتبط ببعضها دائماً وذلك عند تقييم (دحض) الأهداف والغايات، وأيضاً من المهم اكتشاف الاستنتاج الأكثر صلة وعلاقة بهذه الأهداف ضمن السلسلة، أي الاستنتاج التي يتداخل مع التقييمات الوجوبية (الينبغيات) للشخص (الأحداث الثابتة المطلقة التي يُعبّر عنها بشكل يجب – ينبغي – يُفترض.. الخ). لذلك، إذا قام عميل بممارسة الغضب والشجار مع زوجته بسبب نسيانها التسوّق، فهنا قد لا يكون التسوّق هو الحدث الذي يثير غضب العميل الذي يتحول إلى تقييم ودحض للحدث. ويمكن تُوضيح سلسلة الاستنتاج هنا كالتالي:

تنسى الزوجة أن تتسوق ← أنا سوف أُذكرها ← سوف تناكدني ← لن أكون قادراً على مشاهدة مباراة كرة القدم على التلفاز بسلام وراحة.

وقد تثير أي من هذه الاستنتاجات التخمينات التي أنشأها الغضب. ومن المهم في مثل هذه الحالات أن يشتبك العميل بشكل تام في عملية الدحض، وذلك من خلال توجيه الأسئلة التي تساعده على إضافة معلومات موثوقة تتعلق بالاستنتاجات الواضحة التي توصل إليها. (دحض الأفكار اللاعقلانية لتتحول إلى عقلانية).

ج. التقييمات التفضيلية والإيجابية:

مثال: أفضل أن يوافقني البشر، أو أرغب في أن يوافقني البشر، لكن لا يفترض منهم موافقتي. وتسمى هذه الإدراكات "التقييمات التفضيلية الإيجابية" لأنها:

1. نسبية وغير مطلقة.
2. تشير إلى ما يدحضه (يقيمه) الشخص كإيجابي "يوافقني البشر" وتدعى غالباً "بالعقلانية" في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي وذلك لأنها تتجه لمساعدة الشخص على تحقيق رغباته.

دعنا نفترض رجلاً لديه اعتقاد «أفضل أن يوافقني أو يؤيدني البشر» وهو يلاحظ مجموعة من الناس وهي تضحك ويستنتج أنهم يضحكون معه. فالرجل هنا يستنتج ذلك استناداً إلى "التقييم التفضيلي الإيجابي":

"أفترض".. يظنون أنني سعيد.

"أفترض".. يرغبونني.

"أفترض".. رغبتهم لي لها فوائد حقيقية.

كل هذه الإدراكات والمعارف إيجابية غير مطلقة لأنها:

1. تتعدى حدود البيانات المتوفرة.
2. ذات صلة بهدف الإنسان «حيث يحصل على الشيء الذي يقيّمه».
3. لا توافق على الإيمان المطلق.

"إن قدرتي على جعلهم يضحكون شيء جيد".

"من المفرح سماعهم يمتعون أنفسهم".

يقيّم هذا الشخص هنا قدرته على جعل البشر يضحكون، وسعادتهم بهذا الشكل الإيجابي لكن بطريقة نسبية (وليست مطلقة).

د. التقييمات الحتمية الإيجابية:

مثال: «يجب أن يوافقني البشر». تدعى هذه المعارف «التقييمات الوجوبية الإيجابية» لأنها مطلقة وثابتة وتشير إلى ما يدحضه الشخص كإيجابي لكن

بطريقة مطلقة ورعة. وتدعى غالباً «اللاعقلانية» في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي وذلك لأنها تتجه إلى إعاقة ومنع الشخص من إنجاز أهدافه وغاياته.

دعنا نفترض ثانية أن هناك مجموعة تضحك مع رجل ومن المحتمل أن يكون ذلك الرجل مرغوب من قبل هذه الجماعة. قد يستنتج هذا الرجل ما يلي استناداً إلى «التقييمات الوجوبية الإيجابية» تصنف أخطاء التفكر كما هو موضح بين قوسين:

1. أنا شخص عظيم، ونبيل، (التعميم الزائد الفائق).
2. ستكون حياتي رائعة تماماً، (التعميم الزائد الفائق).
3. أستحق الأشياء الجيدة والرائعة فقط، (مزاودة في الطلب).
4. أنا متأكد أنهم سيرغبون بي دائماً، (وهم وتضليل).
5. أنا مقتنع ومتأكد أنني سوف أسعدهم، (وهم وتضليل).

هذه التقييمات الثلاثة (1– 2– 3) إيجابية ومطلقة ومبالغ في التعبير عنها، بينما هذين الاستنتاجين(4– 5) مطلقين وإيجابيين، لأن:

1. تتعدى حدود المعلومات المتوفرة.
2. ذات صلة بهدف الإنسان وغايته.
3. توافق على الإيمان المطلق (الأفكار الثابتة).

ه. التقييمات التفضيلية السلبية:

مثال: «أفضل ألا يوافقني البشر» أو «أكره تأييد الناس لي».تدعى مثل هذه الإدراكات «التقييمات التفضيلية السلبية»، لأنها:

1. نسبية وغير مطلقة.
2. تشير إلى ما يدحضه الشخص كشيء سلبي. هذا وتشير عبارة «لا يؤيدني البشر» إلى العقلانية في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لأنها تساعد على

تحقيق الأهداف والغايات.

دعنا نفترض مثالاً يكون فيه الرجل معتقداً أن «أفضّل ألا يؤيدني البشر» وهو يلاحظ مجموعة تضحك من الناس، لكنه يستنتج أن هؤلاء الناس يضحكون عليه، وهذا الاستنتاج مستند إلى التقييمات التفضيلية السلبية.

«أفترض» .. يظنون أنني رجل سيء.

«أفترض» .. لا يحببونني.

«أفترض» .. عدم رغبتهم لي تحمل مساوئ وأضرار حقيقية.

هذه الاستنتاجات سلبية وغير مطلقة لأنها:

1. تتعدى البيانات المتوفرة.
2. لها علاقة بهدف وغاية الشخص.
3. لا تؤيد الأفكار المطلقة الثابتة.

قد يستنتج هذا الرجل:

«لسوء الحظ أنهم يسخرون مني»

«إنه لمن السوء أن ترافقني ميزة سوء الحظ»

يُعد هذين الاستنتاجين من التقييمات النسبية (غير المطلقة) السلبية وتقييمات هذا الشخص لحالاته الخاصة هي تقييمات سلبية (غير مطلقة).

و. التقييمات الحتمية السلبية:

مثال: «يجب على البشر ألا يؤيدونني». تسمى مثل هذه الأفكار «التقييمات الوجوبية السلبية» لأنها:

1. مطلقة وثابتة.
2. تشير إلى ما يقيمه الشخص بشكل سلبي وطريقة مطلقة ورعة.

تدل على المعتقدات غير العقلانية لأنها تعمل على إعاقة (منع) إنجاز الإنسان لأهدافه وتحليلاته إذا افترضنا أنه يوجد مجموعة تضحك من رجل ما ومن المحتمل أن تكون غير موافقة له. في هذه الحال قد يستنتج هذا الرجل كره الناس له وسخريتهم منه استناداً إلى التقييمات الوجوبية السلبية هناك مثال على هذه المعتقدات الخاطئة (اللاعقلانية):

- أنا غير مؤهل، ورجل فاسد، (تعميم زائد فائق، تقليل من قيمة الذات).
- سوف تكون حياتي مأساوية، (تعميم فائق، بشكل مفرط، مبالغ فيه).
- العالم ككل مكان موحش وبائس، (تعميم فائق، بشكل مبالغة).
- أستحق الأشياء السيئة فقط، (تأنيب ولوم للنفس).
- شيء مريع، مرعب، ومخيف، (فزع، شعور بالنكبة).
- لا أستطيع التحمل، (لا أستطيع المواجهة والتحدي).

كل هذه الأمثلة تحمل الأفكار المطلقة السلبية (اللاعقلانية) كما يتم التعبير عن هذه الأفكار بطريقة مبالغ فيها إلى أقصى حد.

- سوف يكون عملي دائماً عمل غير كاف، غير تام، ناقص، وهذا يقود إلى عدم موافقة الناس لي.
- يعرف الناس أنني رجل سيء وغير مؤهل لأي عمل.

- سوف يستمرون بالسخرية مني والتقليل من شأني.
- يسخرون مني ولا يولون انتباهاً إلى الجانب الجيد عندي.
- عندما يضحكون معي ويسايرونني، ذلك فقط لأنهم يكونون بحالة جيدة ومزاج طيب.
- إن سخريتهم مني وكرههم واحتقارهم لي سوف يسبب لي فقدان عملي وأصدقائي.

عواقب ونتائج الأحداث المنشطة والمعتقدات (الأفكار) حول هذه الأحداث:

قد تنتج العواقب السلوكية، والمعرفية، والانفعالية عن التفاعل بين المنشطات والأفكار حول هذه المنشطات. ويمكن التعبير عن ذلك رياضياً $B \times A = C$، لكن قد تكون هذه الصيغة في غاية من البساطة، وقد تكون في غاية من التعقيد فتحتاج إلى ما هو أعقد منها لتفسيرها. وغالباً ما تكون النتائج C مُتأثِّرة، لكن لا تُسبب تماماً بالإحداث المنشطة. أي لا تكون النتائج سبباً مباشراً للحدث وإنَّما قد تتأثَّر به، وذلك لأن البشر يتفاعلون بالفطرة مع المثير المتواجد في بيئتهم. بالإضافة إلى ذلك، عندما يكون الحدث المنشِّط قوي «مثل مجاعة أو زلزال»، في هذه الحالة يؤثر بقوة في النتائج C.

وعندما تتألف العواقب من اضطراب انفعالي (مشاعر خطرة مثل، القلق، اليأس، العدوانية، استنكار الذات والرثاء للذات)، تكون الأفكار B عادة (ليس دائماً) هي المُسبِّب لهذه النتائج. وقد ينشأ الاضطراب الانفعالي أحياناً عن الأحداث المنشطة القوية. مثال ذلك الكوارث البيئية مثل الفيضانات والحروب. وقد ينتج الاضطراب الانفعالي أيضاً عن عوامل داخل النظام البشري مثل العوامل المرضية أو الهرمونية التي تعد عوامل مستقلة مُسببة للاضطراب. وعندما يُسهم حدث قوي أو غير عادي في النتائج أو يكون مسبباً لها، أو عندما تكون النتائج ناشئة عن عوامل فيزيولوجية، عندها تكون هذه النتائج مترافقة مع أفكار ومعتقدات مُساعدة أيضاً.

لذلك، إذا أُصيب الناس بزلزال، أو تعرَّضوا إلى تغيّرات هرمونية قوية في تكوينهم، سيصابون بكآبة وحزن، لأنه من المحتمل للمنشّطات والعمليات الفيزيولوجية أن تُنشئ لديهم معتقدات لا عقلانية مثل «من المفترض ألا يحدث هذا الزلزال، إنه مرعِب ولا أستطيع التحمل والمقاومة» كما تساعد هذه المعتقدات بدورها في نشوء مشاعر الكآبة واليأس. تكون النتائج أو العواقب عادةً من الانفعالات والتصرفات، ولكن يمكن أن تتضمن أيضاً أفكار ومعتقدات (أفكار مستحوذة). هذا وتتفاعل النتائج مع المنشّطات والأفكار ولا تكون منفصلة عنهم. لذلك، إذا كان المنشط حدث بغيض (مثل رجل رُفِض في عمله)، وكان التفكير حول هذا الحدث:

1. تفكير عقلاني (كنت أتمنى لو لم أُرفض في هذا العمل).
2. تفكير لا عقلاني (يجب أن أُقبل هذا العمل، فأنا لن أكون جيداً إذا لم أحصل عليه).

ز. النتائج والعواقب:

في الحالة الأولى (التفكير عقلاني) انفعالات صحيّة قد تتراوح بين الإحباط وخيبة الأمل.

في الحالة الثانية (تفكير غير عقلاني) انفعالات مَرضيّة مثل القلق، اليأس، الكآبة، وعدم الكفاءة.

وهكذا تكون الصيغة $A \times B = C$ صحيحة.

وقد يكون الحدث المنشط هو عبارة عن مشاعر البشر وانفعالاتهم مثل (رغبات، أمنيات، أهداف) فهم لن يُعنون بالعمل ما لم يكن هذا العمل مرغوباً لديهم، أو ما لم يستمتعون ببعض جوانبه. وهنا يكون الحدث المنشط لهذه الجماعة متضمّناً المعتقدات والنتائج التابعة لها أيضاً فهذه العوامل الثلاثة C, B, A مرتبطة منذ البداية.

$A \leftrightarrow B \leftrightarrow C$

هنا مثال آخر يبدأ من التفكير – B– «أريد أن أحصل على عمل جيد»، هنا الإنسان سيولّد الحدث المنشط وهو ذهابه إلى مكان العمل من أجل المقابلة وبالتالي ستنشأ العواقب من مشاعر الخيبة عندما يُرفض هذا الإنسان.

$B \rightarrow A \rightarrow C$

ويمكن الاستنتاج أنه إذا لم يقوم الشخص بتقييم العمل على أنه جيد بالتالي لن يتولد لديه حدث منشط وأفكار حول هذا العمل. وهكذا يكون الحدث المنشط A، التفكير B، والنتيجة C، كلٌ مرتبط بالآخر ولا وجود لأحدهما دون الآخر.

طبيعة الاضطراب النفسي والصحة النفسية:

أولاً: الاضطراب النفسي:

تفترض النظرية العقلانية الانفعالية أن اتجاه البشر نحو التقييم والدحض الثابت والمطلق للأحداث في حياتهم يكمّن في قلب وفي لبّ الاضطراب النفسي. حيث تُصاغ هذه التخمينات (التقييمات) بعبارات تدل على الحتمية مثل (يجب، يفترض، ينبغي). وهنا نفترض أن هذه الإدراكات المطلقة تشكل نواة فلسفة التديُّن المتكلّف، والتي تشكّل بدورها الصفة المركزية الاضطراب الانفعالي والسلوكي. كما تُعد هذه الأفكار غير عقلانية وفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، حيث تعوِّق هذه الأفكار البشر من مواصلة المسير نحو تحقيق أهدافهم.

وقد لا تقود الحتميات المطلقة Musts إلى اضطراب نفسي، لأنه من الممكن للشخص أن يعتقد ويفكر بلغة الحتمية قائلاً: «يجب عليَّ أن أنجح في كل المشاريع الهامة». في هذه الحالة يكون الشخص واثق من قدرته على النجاح، وبالتالي يجهد

نفسه فيتحقق النجاح، وبالنتيجة لا يجرّب الاضطراب النفسي. ولكن في ذات الوقت، يبقى هذا الشخص معرّضاً للهجوم وغير محصن، لأنه ربما يفشل في المستقبل.

لذلك، سوف تقود الفلسفة المطلقة والحتمية حسب نظرية RET، إلى الاضطراب النفسي. وبالرغم من موقف النظرية اتجاه طبيعة الاضطراب النفسي فهي لا تجزم بذلك، وتتبنى موقفاً نسبياً غير مطلقاً. وتستمد نظرية RET فلسفتها من افتراض مفاده: إنه، إذا تقيَّد البشر بالفلسفة الحتمية، فسوف يتجهون نحو نتائج غير عقلانية، وتكون هذه النتائج مشتقات من الحتميات Musts. كما تُعد هذه المشتقات غير عقلانية بسبب قدرتها على تخريب آمال وغايات وأهداف الإنسان.

وقد يُعرف المشتق الرئيسي الأول بـ"التضخيم اللعنة":ذا النوع من المشتقات عندما يُقدَّر الحدث المُستقبَل بأكثر من 100٪ درجة من السوء، وإنها لنتيجة خيالية ومبالغٌ فيها، والتي تنشأ من الاعتقاد "هذا الحدث يجب أن لا يكون إلى هذه الدرجة من السوء".

ويُعرّف المشتق الثاني بـ "لا أستطيع التحمل": أي عدم القدرة على التحمل. وهذا يعني أن الشخص لا يستطيع أن يجرّب افتراضياً أي نوع من أنواع السعادة على الإطلاق وبأي ظرف من الظروف، إذا حدث أمر أو هُدِّد بحدوثه متى لا يجب أن يكون فعلاً.

بينما يُعرف المشتق الثالث بـ "الإدانة أو اللعنة": ويمثل هذا المشتق اتجاه وميل البشر إلى تصنيف أنفسهم على أنهم دون البشر أو غير صالحين. وذلك إذا قامت الذات بفعل شيء ما مما لا يجب فعله، أو فشلت في فعل شيء يتوجب فعله. ويمكن أن تطبَّق الإدانة أو اللعنة على العالم وظروف الحياة ووصفهم بالفساد، وذلك بسبب الفشل في إعطاء الشخص ما يجب أن يكون له.

هذا، وتُعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي التضخيم، وعدم القدرة على التحمل، والإدانة، عمليات لا عقلانية ثانوية، وذلك عندما تنشأ عن فلسفة الحتميات Musts كما يمكن لهذه العمليات أن تكون رئيسية في بعض الأحيان.

في الحقيقة، لقد ناقش "وسلر" أن هذه العمليات التي هي على الأرجح عمليات رئيسية، وأن الحتميات هي عمليات مشتقة منها. لكن فلسفة الحتميات من جهة، و"التضخيم"، "عدم القدرة على التحمل"، و"الإدانة" من جهة أخرى، ما هي إلا عمليات متوقفة على بعضها البعض، وهي تبدو في أغلب الأحيان وكأنها جهات مختلفة لفكرة واحدة.

وتُشير نظرية العلاج العقلاني الانفعالي إلى أن البشر يقومون بأنواع عديدة من الأفعال المنطقية عندما يكونوا مضطربين. وهكذا تتفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في هذا المضمار مع معالجي المعرفة (الإدراك) أمثال (بك، روش، شو وإمري، بيرنز). إذ تُعد هذه الانحرافات المعرفية ميّزة للاضطراب النفسي، لكن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تقود إلى أن مثل هذه الانحرافات تنشأ دائماً من الحتميات Musts ومن بعض ما هو مألوف منها:

1. التفكير الكلي أو المعدوم: All or None Thinking" إذا فشِلتُ في إنجاز مهمة هامة، والتي كان من المفترض عدم الفشل فيها، فأنا فاشل تماماً وغير محبوب".
2. التنبؤ بالحظ:"لأن الناس يسخرون مني بسبب فشلي، وهم يعلمون أنه كان يجب عليّ النجاح في المهمة، لذلك فهم سوف يحتقرونني للأبد"
3. التركيز على السلبية: "لا أستطيع تحمل الأشياء الخاطئة التي تحدث معي، ولا أستطيع رؤية العلاج الجيد لما يحدث لي في الحياة بل أركز على ما هو سلبي".
4. عدم تقييم الأفعال الإيجابية: "يوجهون لي المدح على فعل جيد قمت به ويهملون الأفعال الحمقاء التي يتوجب علي عدم القيام بها ".

5. الكلّية والعدمية:"لأنه من المفروض أن تكون شروط العيش جيدة لكنها في الواقع سيئة ولا تحتمل، وسنكون على هذا الحال دائماً وأنا لن أشعر بأي سعادة".

6. التخفيض والتقليل من الشأن: النقاط الجيدة التي أحرزتها في هذه اللعبة كانت محظوظة لكن غير هامة، بينما النقاط السلبية، التي كان يتوجب عليَّ عدم الوقوع فيها، كانت سيئة جداً وغير مغفورة على الإطلاق".

7. التفكير الانفعالي:"إن إنجازي كان ضعيفاً جداً، وأنا أشعر أنني مغفل وساذج".

8. التصنيف والمبالغة في التعميم:" كان يتوجب عليَّ ألا أفشل في عمل هام، وقد فشلت فيه، فأنا خاسر وفاشل كبير".

9. التشخيص:"بما أنني أقوم بأفعال سيئة لا يتوجب عليَّ القيام بها، فهم بالتأكيد يسخرون مني وذلك مريع جداً".

10. التزييف أو الكذب:"عندما لا أقوم بفعل ما يتوجب عليَّ فعله، وهم ما يزالون يمدحونني بإطراء، فأنا مزيَّف وسأتلاشى مظهراً لهم كم أنا سخيف وحقير".

11. الكمالية: Perfectionism أظن أنني قمت بالفعل بشكل جيد لكن أغفلت بعض الأمور، وكان من المفترض أن يكون الفعل تاماً، لذلك فأنا شخص غير كفؤ".

والجدول التالي يلخص هذه الحتميات:

1.	All or none thinking	التفكير الكلي أو المعدوم
2.	Focusing on negative	التركيز على السلبية
3.	Fortune telling	التنبؤ بالحظ
4.	Disqualifying the positive	عدم تقييم الأفعال الإيجابية
5.	Allness and neverness	الكلية والعدمية
6.	Minimization	التخفيض والتقليل من الشأن
7.	Emotional reasoning	التفكير الانفعالي
8.	Labeling &overgeneralization	التصنيف والمبالغة في التعميم
9.	Personalizing	التشخيص
10	Phonysim	التخفيف أو الكذب
11	Perfection	الكمالية

وبالرغم من اكتشاف الأطباء الإكلينيكيون لكل الأفعال اللامنطقية كما تم توضيحه في القائمة أعلاه، بالإضافة إلى أعداد أخرى أقل حدوثاً مع العملاء، فهم يركزون بشكل خاص على الحتميات التامة "ينبغي، يُفترض، يجب أن"، التي تبدو وكأنها تشكل النواة الفلسفية للمعتقدات اللاعقلانية والتي تقود إلى اضطراب نفسي.

هذا، ويؤكد هؤلاء المعالجون على أنهم إذا لم يتوصلوا إلى مساعدة العملاء على التخلص من هذه المعتقدات اللاعقلانية؛ فالعملاء سوف يحافظون عليها وسينشأ منها مشتقات لاعقلانية أخرى. كما يبحث المعالجون العقلانيون أيضاً في التضخيم (المبالغة) (Awfalizing)، (عدم القدرة على التحمل)

(I can't stand it is)، والإدانة أو اللعنة (Damnation)، ويُظهرون للعملاء كيفية نشوء هذه الأفكار اللاعقلانية من الحتميات Musts، وإمكانية التنازل عنها إذا استطاعوا التخلص من المتطلبات المطلقة التي يفرضونها على أنفسهم، وعلى الآخرين، وعلى المحيط من حولهم. ويشجع المعالجون مرضاهم على متابعة المسير لإنجاز رغباتهم، أمانيهم، وتفضيلاتهم، وفي نفس الوقت تجنب مشاعر الانعزال، والتردد، وعدم القدرة على مشاركة الآخرين.

ومن المهم التأكيد هنا، إلى أن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تشير إلى أن المعتقدات اللاواقعية واللاعقلانية، لا تسبب هي نفسها الاضطراب الانفعالي، لماذا؟ لأنه من الممكن للبشر أن يفكروا بشكل غير واقعي، مثال: "أنا أعمل دائماً لأنني أفشل باستمرار". وأيضاً من الممكن أن يفكروا بشكل غير منطقي (لأنني أفشل باستمرار، فسوف أستمر في الفشل) لكن باستطاعتهم في هذين المثالين أن يستنتجوا بشكل عقلاني "سيئ جداً! حتى لو كنت أفشل دائماً، فلا يوجد هناك سبب يفرض عليَّ أن أنجح، فأنا أفضّل أن أفعل من أجل النجاح ولست مرغماً على ذلك". "لذلك، فسوف أنظّم وأرتّب أموري لأكون سعيداً قدر المستطاع بالرغم من فشلي المستمر". وفي هذه الحال يكون البشر أقل عرضة للاضطراب النفسي.

والخلاصة القول: إن جوهر الاضطراب الانفعالي بالنسبة لـ RET يتكون من الحتميات (ينبغي، لا ينبغي) التي يفكّر بها البشر حول فشلهم، حول رفضهم، حول المعاملة السيئة من قبل الآخرين، وأيضاً حول الإحباطات والخسائر التي تسببها الحياة. لذلك فإن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تختلف عن المعالجات المعرفية السلوكية، والتي يؤكد فيها المعالجون على مساعدة المرضى على التخلص من الحتميات ومواصلة العمل لتحقيق الهدف.

2. الصحة النفسية:

إذا كانت الفلسفة الحتمية هي لب أو أساس الاضطراب النفسي، فما هي ميّزة الفلسفة إذن التي تستند إليها الصحة النفسية؟

تحاول نظرية العلاج العقلاني الانفعالي إثبات أن فلسفة النسبية Relativism هي الصفة الرئيسة للبشر الأصحاء نفسياً أي (للصحة النفسية). حيث تسلّم هذه الفلسفة بأن لدى البشر مجموعة منوّعة من الرغبات، الأماني، المرامِ، و التفضيلات.. الخ، وإذا رفضوا تحويل هذه القيم النسبية إلى مبادئ ومطالب مضخمة ومطلقة فإنهم لن يُصابوا بالاضطراب النفسي إطلاقاً. لكن قد يجرّبون انفعالات سلبية مثل (الحزن، الأسى، خيبة الأمل،..) نتيجة عدم تحقق رغباتهم، في هذه الحالة تعد هذه الانفعالات أو المشاعر صفات انفعالية بناءة Constructive لأنها:

1. تساعد البشر على تجاوز العوائق والحواجز التي تقف في طريق إحراز الهدف.
2. تساعدهم على إقامة تعديلات بناءة عندما لا يتم إشباع رغباتهم.

هذا، وتُفترض ثلاث مشتقات Derivatives رئيسة من قبل نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بحيث تُعد هذه المشتقات عقلانية لأنها تتجه نحو مساعدة البشر في الوصول إلى غاياتهم أو مساعدتهم على صياغة أهداف جديدة في حال عدم تحقق القديمة منها.

يُعرف المشتق الأول بـ "تصنيف أو تقييم السوء" Rating or Evaluating Badness بحيث يّعد هذا المشتق البديل العقلاني للتضخيم أو المبالغة في وصف الحدث الشئ جداً Awfalizing وهنا إذا لم يحصل الشخص على ما يريد يسلّم بأن هذا سيء. لكن لأن هذا الشخص لا يعتقد بالحتمية، أي "يجب أن أحصل على ما أريد" فإنه سيُضمِّن تصويره للحدث بنسب تتفاوت بين (0 إلى 100٪) من السوء

حسب أهمية الرغبة وعظمتها بالنسبة للشخص وليس تصوير مبالغ في فظاعته ورهبته كما هو الحال في الحدث السيئ.

ويُعرف المشتق الثاني بـ التحمّل Tolerance وهو البديل العقلاني لـ "عدم القدرة على التحمل" I can't stand هذا الشخص:

1. يسلّم بأن الحدث غير المرغوب فيه قد وَقع أو ربما يقع.
2. يؤمِن بأنه لابد من تجريب الحدث إذا وقَع.
3. تقييم الحدث بنسب متفاوتة من السوء.
4. يحاول تغيير الحدث المكروه أو يقبل الحقيقة المروِّعة كما هي إذا كان من الصعب تعديلها.
5. يتابع بنشاط طريقهُ في تحقيق الهدف حتى لو كانت الحالة لا تقبل بدائل.

بينما يُعرف المشتق الثالث بالقبول Acceptance وهو البديل العقلاني لـ الإدانة أو اللعنة Damnation هنا يقبل الشخص ذاته والآخرين كمخلوقات بشرية غير معصومة عن الخطأ، والذين لا يتوجب عليهم فعل شيء لا يقدرون عليه. بالإضافة إلى ما سبق، يقبل الشخص ظروف الحياة كما هي. فالبشر الذين يعتقدون بفلسفة القبول والرضا، يسلّمون بأن العالَم من حولهم معقد جداً وهو موجود وفق قوانين تفوق سيطرتهم الشخصية.

هذا وتعني الفلسفة العقلانية للقبول (الرضا)، أن يسلّم الشخص ويعترف بأن الأحداث التي توجد تجريبياً هي أحداث واجبة الوقوع ولكن من غير المفروض أن توجد إلى الأبد. وهذا يدفع الإنسان إلى القيام بمحاولات نشطة لتغيير الحقيقة.

هذا، وقد وضعت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ثلاثة عشر معياراً للصحة النفسية، وهي:

1. الاهتمام الذاتي: Self– interest يميل البشر الحساسون والأصحاء انفعالياً لأن يكونوا مهتمين بأنفسهم، واضعين مصلحتهم فوق مصلحة الآخرين ولو بقليل. يضحون أحياناً بأنفسهم في سبيل من يحبّون، ولكن ليس إلى الحد الذي يهملون فيه أنفسهم.
2. الاهتمام الاجتماعي: Social– interest تّعد المصلحة الاجتماعية معياراً عقلانياً، لأن البشر يختارون العيش والتمتع مع مجموعة أو مجتمع، أما إذا وُجدوا في مجتمع ولم يتصرفوا بشكل أخلاقي، أو لم يراعوا حقوق الجماعة، أو لم يتكيَّفوا مع حياة هذه الجماعة، بالتالي فمن غير المحتمل لهم أن يجدوا ذلك المحيط الذي يرغبون العيش فيه بسعادة وراحة.
3. توجيه الذات: Self–direction يتجه الناس الأصحاء إلى تحديد مسؤوليتهم في الحياة، على الرغم من تفضيلهم التعاون مع الآخرين، وأيضاً لا يحتاجون دعم وعون من الآخرين أي يفضلون الاعتماد على الذات.
4. تحمل الإحباط الشديد: High frustration tolerance يعطي الأفراد الأصحاء لأنفسهم وللآخرين حق الوقوع في الخطأ. كما أنم يتجنبون إدانة أنفسهم ولوم غيرهم، حتى ولو كان السلوك غير مرغوب فيه. كما يميل الناس غير المصابين بآلام عاطفية إلى تغيير الظروف السيئة التي يستطيعون تغييرها بينما يقبلون الظروف صعبة التغيير، وبنفس الوقت فهم يمتلكون القدرة على التمييز بين هذه الظروف.
5. المرونة: Flexibility يتجه الأفراد الأصحاء لأن يكونوا مرنيّن في طريقة تفكيرهم، بحيث تكون قابلة للتغيير، كما يتصفون بعدم التعصُّب والتحيّز لعلاج معين فنظرتهم للآخرين نظرة عامة (الناس سواسية).
6. قبول الشك: Acceptance of uncertainty يتجه الرجال والنساء الأصحاء إلى الاعتراف والقبول بأننا نعيش في عالم من الاحتمالات

والمصادفات، حيث لا وجود للحقائق المطلقة، وكما أنهم يدركون أنه من السحر والجمال أن يعيش الفرد في مثل هذا النوع من عالم الشك والاحتمالات، ويستمتعون أيضاً بوجود نظام معين لكن لا يطالبون بمعرفة ماذا سيجلب لهم المستقبل من أحداث.

7. الالتزام بمتابعة خلاقة مبدعة: Commitment to creative pursuits يتجه معظم البشر لأن يكونوا أكثر صحة وسعادة، وذلك عندما يلتزمون بمتابعة النشاط لتحقيق هدف معين، بحيث يعتبرونه ذا أهمية ويستحق تخصيص جزء جيد من حياتهم اليومية لإنجازه.

8. التفكير العلمي: Scientific thinking إن الأفراد الأصحاء البعيدين عن الاضطراب أكثر موضوعية، وعقلانية من أولئك المضطربين. كما أنهم قادرين على التفكير بعمق وصحة بأمورهم الخاصة، حيث يلجئون إلى تنظيم انفعالاتهم وأفعالهم من خلال التفكير والتقييم للنتائج في ضوء ما تقود إليه من تحقيق وإنجاز للأهداف.

9. قبول الذات: Self–acceptance يكون الناس الأصحاء عادة سعداء لمجرد أنهم أحياء ويعيشون في بيئة اجتماعية، ويقبلون ذواتهم كما هي ويحاولون إمتاع أنفسهم في ضوء الظروف المحيطة. كما يرفضون قياس ومقارنة قيمهم وكفاءتهم الحقيقية بإنجازاتهم العرضية أو حتى بتقييم الآخرين لهم. فهُم يختارون بصراحة قبول أنفسهم دون شروط، ويحاولون الاستمتاع أكثر من الإصرار على إثبات الذات.

10. حب المجازفة: Risk–taking يميل البشر الأصحاء انفعالياً إلى المجازفة، حيث يحاولون فِعل ما يرغبون به، حتى ولو كان هناك فرصة للفشل، لكن مجازفتهم هذه تكون بعيدة عن التهور.

11. المتعة طويلة الأمد: Long– range hedonism يتجه البشر في هذا المعيار إلى البحث عن السعادة اللحظية (الآنية) والمستقبلية حيث لا يحاولون التفكير بآلام المستقبل حتى لا تتشوه سعادتهم الحالية. وفي هذه الحالة، هم يعتقدون بمذهب المتعة "محاولة البحث عن السعادة"، ويفترضون إن البشرَّ أمامهم عدة

سنين للعيش، لذلك من الأفضل عيش هذه السنوات بسعادة ومسرة دون استحواذ فكرة معينة قد تسبب الاضطراب.

12. البعد عن الخيال: Non utopianism يعتقد الناس الأصحاء بحقيقة أن الإنسان الخيالي غير قادر على إنجاز ما يريد، وذلك لأن تفكيره خيالي بعيد عن الواقع. كما أنهم يرفضون بذل الجهد بشكل غير واقعي من أجل المتعة، والسعادة، والكمال. وبالمقابل أيضاً من أجل التخلص من القلق، اليأس، العدوانية، والإقلال من شأن الذات بشكل تام.

13. مسؤولية الذات عن اضطرابها الانفعالي: Self– responsibility for own emotional disturbance يتجه الأصحاء إلى الاعتراف بالمسؤولية عن كل اضطراب قد يحدث لهم بدلاً من الدفاع عن أنفسهم وإلقاء اللوم على الآخرين أو على الظروف الاجتماعية، وخاصة في حالات هزيمة الذات أمام الأفكار والانفعالات والتصرفات.

الفرق بين الانفعالات السلبية المناسبة منها وغير المناسبة:

تفترض نظرية العلاج العقلاني والانفعالي (RET)، أنه من الممكن أن يكون للبشر معتقدات عقلانية وأخرى غير عقلانية، ويمكن لهم أن يحوّلوا رغباتهم إلى مطالب حتمية. وهكذا يمكن لي أن أعتقد وأفكّر بشكل عقلاني كأن أقول «أريد منك أن تحبني» وفي ذات الوقت يمكن أن أفكر بشكل غير عقلاني "بما أنني أريد منك أن تحبني، فإنه يتوجب عليك فعل ذلك". لهذا، فإنه من المهم أن يميّز المعالجون بين المعتقدات العقلانية وغير العقلانية للعملاء، وعندما يتم هذا التمييز يصبح من السهل تفريق الانفعالات السلبية الملائمة وغير الملائمة. فالانفعالات السلبية الملائمة Appropriate تكون مرافقة للأفكار العقلانية. أما الانفعالات السلبية غير الملائمة فتكون مرافقة للأفكار غير العقلانية. وفي القائمة التالية تم وضع الانفعالات السلبية الملائمة في البداية:

1. القلق مقابل الحصر نفسي: Concern vs. Anxiety

يُعد القلق أو الهم شعور مرافق للاعتقاد "أتمنى لو لم يحدث هذا التهديد، فمن سوء الحظ حدوثه". بينما يتطور القلق إلى حصر نفسي عندما يفكِّر الشخص "يجب ألا يحدث هذا التهديد، فمن المريع حدوثه".

2. الحزن مقابل اليأس: Sadness vs. Depression

الحزن هو شعور مرافق لاعتقاد الشخص بأنه لمن المؤسف لي مواجهة هذه الخسارة، لكن لا يوجد هناك سبب يمنع وقوعها". من جانب آخر، يرافق اليأس اعتقاد الشخص بـ "يجب ألا تحدث هذه الخسارة، يا له من شيء فظيع أنها وقعت". هذا، عندما يشعر الشخص بمسؤوليته اتجاه وقوع الخسارة، فإنه يلجأ إلى لوم وإدانة نفسه "أنا رجل غير جيد"، بينما إذا كانت الخسارة الواقعة تفوق قدرة الشخص في السيطرة عليها حينئذٍ يلجأ إلى إدانة ظروف الحياة: "شيء فظيع ورهيب".

وهكذا تعد نظرية (RET) أن الفلسفة الظاهرة هنا هي الحتميات Musts والتي تقود الإنسان إلى التفكير، أنه لن يصل أبداً إلى ما يريد. كما يولِّد هذا الاستنتاج مشاعر اليأس والقنوط. ومثال ذلك: "لأنه، من المفروض دائماً أن أحصل على ما أريد، ولا أحصل عليه في وقته. فهذا يدل على أنني لن أحصل عليه أبداً، يا لليأس!".

3. الأسف مقابل الشعور بالإثم: Regret vs. Guilt

تظهر مشاعر الأسف أو الندم عندما يعترف الإنسان بأنه تصرَّف بسوء مع نفسه أو مع الآخرين، لكنه يتقبّل نفسه كشخص غير معصوم عن الوقوع في الخطأ. فهو يشعر بالسوء عند وقوع الخطأ ولكن ليس نحو ذاته، وذلك لأنه يميل إلى الاعتقاد "أُفضِّل ألا أتصرّف بسوء، لكن إذا فعلت، يا للسوء!". بينما تظهر مشاعر الذنب أو الإثم عندما يُدين الإنسان نفسه وينعتها بالسوء، الضعف، أو الفساد عند

تصرّفها بسوء، حيث تظهر عليه مشاعر الذنب والإحساس بالإثم، وذلك لأنه يعتقد بـ "يتوجب عليَّ ألا أتصرف بسوء، وعندما أفعل، يا للبغض ويا لي من شخص فاسد وسيء!".

4. خيبة الأمل مقبل الشعور بالخزيّ والارتباك:

Disappointment vs.Shame / embarrassment

تظهر مشاعر الخيبة عندما يتصرّف الإنسان بسوء مع العامة (مع الآخرين)، ويعترف بهذا الفعل، لكنه يتقبل وقوعه في الخطأ، ولا يُدين نفسه لوقوعه مع رغبته بعدم حدوث ذلك. بينما يظهر الخزي والارتباك عندما يدرك الشخص أنه سلك خطأ ما، ويلقي اللوم على نفسه لفعل ما لا يتوجب فعله. كما يشعر بأن كل من ينظر إليه من العامّة يفكر فيه بسوء. لذلك فهو يعتقد دائماً أنه بحاجة لتأييد وموافقة من حوله من البشر ليشعر بالأمان. ويمكن أحياناً تمييز الخزي من الارتباك. فعندما يشعر الإنسان بأن فعله يجلّب له الخزيّ والعّار، يفكر ملياً بما يحكى عنه بين الناس أكثر مما هو عليه في الارتباك، لكن كلاهما يقود إلى نكران الذات (Denigration).

5. الانزعاج مقابل الغضب: Annoyance vs. Anger

يحدث الانزعاج عندما لا يحترم شخص ما مبدأ الفرد في الحياة. حينئذ يكره الشخص المنزعج ما فعله الشخص الآخر لكنه لا يوجه له اللوم والإدانة على ما فعله. فاعتقاده هو :"أتمنى لو لم يقم ذلك الشخص بفعله الذي لا أرغبه لكن أظن أنه لا يتوجب عليه ألا يخالف مبدأي في الحياة". بينما في حالة الغضب، يعتقد الشخص أنه من المفروض على الآخر ألا يخالف القاعدة، فيوجه له الإدانة على ما فعله. بعد ما تم عرضه، لابد من ملاحظة أن أطباء المعالجة العقلانية الانفعالية لا يهدفون إلى تغيير الانفعالات السلبية المناسبة أثناء المعالجة باعتبارها نتائج للتفكير العقلاني.

اكتساب واستمرار الاضطراب النفسي:

لم تقدم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي دراسة مفصلة فيما يتعلق باكتساب الاضطراب النفسي. وهذا ينتج جزئياً عن الفرضيات القائلة بأن للبشر استعداداً جليّاً واضحاً للتفكير والتصرف بشكل غير عقلاني، لكنها تعكس أيضاً وجهة نظر (RET) بأن نظريات الاكتساب لا تقترح أن يكون هناك فترات علاجية. بينما تعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (RET) أن استعدادات البشر نحو التفكير اللاعقلاني (Irrational) هي من أساس بيولوجي، أي يولدون ولديهم الاستعداد لأن يكونوا غير عقلانيين، كما تسلّم بأن للتغييرات البيئية دوراً في الاضطراب النفسي. وهكذا، يقول ألبرت أليس: "تُعلّم الأسرة والحضارة عادةً الأطفال كيف يتقيدون ويلتزمون بالمحرمات والخرافات، لكنهم لا ينشئون الاستعداد الأساسي لهؤلاء الأطفال اتجاه الإيمان بالخرافات، والتعلق بالطقوس الدينية، أو التعصب للدين".

هذا وتفترض نظرية (RET) أيضاً أن البشر يختلفون فيما بينهم من حيث اكتسابهم للاضطرابات. فمنهم من ينشأ سالماً نسبياً من الناحية النفسية لكونه يُربى من قبل أبوين لا همّ لديهم ويتسمون بالعناية الفائقة له، بينما ينشأ آخر متضرراً نفسياً لكونه ينتمي إلى بيئة لا توفر له الحماية اللازمة. وعلى هذا الأساس تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن «الأفراد المنحرفين يعانون بشكل فطري لأن يكون لديهم تفكيراً صارماً ملتوياً أكثر من أولئك غير المنحرفين، وبالنتيجة لا يحققون تقدماً في حياتهم».

ويمكن أن نُلخّص نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لاكتساب الاضطراب بما يلي:

نحن كبشر، لا يمكن أن يُسبَب لنا الاضطراب ببساطة من خلال تجاربنا الحياتية، على العكس. فقابليتنا للاضطراب تؤثر في تجاربنا الحياتية. أي لا تسبب التجارب الحياتية الاضطراب إذا لم يكن هناك استعداداً وقابلية لهذا الاضطراب.

كما لم تقدّم نظرية (RET) دراسة مفصلة لشرح اكتساب الاضطراب النفسي وإنما تعالج كيفية استمرار هذا الاضطراب من خلال مايلي:

يتجه البشر للإبقاء والحفاظ على مشاكلهم النفسية بسبب سذاجتهم. فهم لا يمتلكون ما تدعوه نظرية (RET) بالبصيرة (Insight) وهي على ثلاثة مستويات:

البصيرة الأولى: يُحدَّد الاضطراب النفسي بشكل أساسي بالمعتقدات المطلقة (الحتميات) التي يفكر بها البشر حول أحداث الحياة السلبية.

المعتقدات تحدد النتائج B determine C :

بالأحرى، فهُم يعتبرون أن هذه الأحداث هي السبب في اضطراباتهم (A cause C) أي الأحداث المنشطة تُسبب النتائج. بما أن البشر يصلون إلى فرضيات خاطئة حول المحددات الأساسية لمشكلاتهم، فهم يحاولون بالنتيجة تغيير(A)الحدث المنشّط بدلاً من تغيير(B) الأفكار والمعتقدات حول هذا الحدث.

البصيرة الثانية: يبقى الإنسان مضطرباً بسبب سيطرة الأفكار اللاعقلانية التي اكتسبها في الماضي على حاضره. وعندما يجدون أن أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة هي سبب مُشكلاتهم، يصرفون النظر عن أنفسهم، وبذلك يبقون على مشكلاتهم بالبحث عن الماضي بدلاً من محاولتهم تغيير هذا الماضي والتفكير بشكل عقلاني للتخلص من الاضطراب.

البصيرة الثالثة: هنا يفكر الإنسان ويعمل في حاضره ومستقبله على نبذ أفكاره اللاعقلانية أو محاولة تغييرها للتقليل من اضطرابه. وعلى هذا الأساس، إن الأشخاص الذين يمتلكون هذه المستويات الثلاثة للبصيرة، يحاولون دائماً وبقوة تحدي ونبذ أفكارهم اللاعقلانية، معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً وذلك لمنع استمرار وإبقاء دائرة الاضطراب التي تحيط بهم.

وهكذا، تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (RET)، أن السبب الرئيسي الذي يجعل البشر يُبقون على مشكلاتهم النفسية هو تقيدهم بفلسفة التحمل المنخفض الضعيف Philosophy of low frustration tolerance. حيث يعتقد مؤيدو هذه الفلسفة، أنه من المفروض أن يكونوا مرتاحين نفسياً وجسدياً، ولهذا لا يحبون التغيير لأنهم يفكرون أن هذا التغيير قد يسبب لهم عدم الراحة. فهم يسعون وراء السعادة اللحظية، لا يفكرون بما يسبب لهم الإزعاج والقلق، حتى لو كان التفكير بما يزعجهم يساعدهم على العمل ضد أفكارهم اللاعقلانية وتغييرها وبذات الوقت الوصول إلى الأهداف والغايات.

ويصنف هؤلاء الأشخاص المهمات العلاجية المعرضة والسلوكية ضمن التجارب المسببة للألم الذي يفوق ألم الاضطراب النفسي الذي اعتادوا عليه. وبهذا يفضلون المحافظة على الاضطراب بدلاً من مواجهة أي تغيير له معتقدين أنه من الصعب الإقدام على هذه الخطوة.

ويفترض مولتسباي Moultsby (1975) أن البشر يبتعدون عن التغيير لأنهم يخافون أن يسبب لهم قلقاً أكثر مما كانوا عليه»، ويدعو هذا بـ «الخوف العصابي من الشعور الزائف» Neurotic fear of feeling phony.كما يُظهر للعملاء (Clients) أن هذه المشاعر غير السوية هي من الملازمات الطبيعية لتكرار التفكير والمعرفة (Relearning).

وهناك شكل آخر لفلسفة التحمل المنخفض الضعيف (LFT) هو قلق حول القلق «Anxiety about Anxiety»، وهنا يعتقد الأفراد أنه لا يتوجب عليهم التفكير بما يزعجهم. وهكذا لا يعرّضون أنفسهم للمواقف التي قد تثير القلق لديهم خوفاً من الاضطراب. وبهذا السلوك، هم يؤيدون مشكلاتهم ويجعلون حياتهم مقتصرة على تجنب التجارب المثيرة للقلق والاضطراب. وفي هذا المضمار يمكن القول: إن الأفراد الذين يضعون أنفسهم في حلقة مغلقة ولا يتركون مجالاً ضئيلاً

لمعالجة المشكلات الأساسية المسببة للاضطراب لن يجدوا الراحة التي يبحثون عنها مهما حاولوا.

وتصادق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على وجهة النظر الفرودية Freudian View حول دفاع البشر عن ذواتهم، وذلك بشرح كيفية إبقائهم على مشكلاتهم النفسية وحفاظهم عليها. وبناء عليه، يحافظ البشر على مشكلاتهم النفسية بتوظيف وسائل الدفاع المتنوعة مثل التبرير أو التسويف Rationalization، والإنكار Avoidance، وغيرها.. والتي تُصمّم للمساعدة في إنكار وجود مثل هذه المشكلات أو على الأقل التخفيض من خطورتها.

ومن وجهة نظر (RET) تُستخدم هذه الوسائل الدفاعية لحماية استعدادات إدانة الذات. فإذا اعترف البشر في مثل هذه الحالات بتحمل مسؤولية ما هم فيه من مشكلات واضطرابات، بالتالي سوف يلجئون إلى إنكار ذواتهم. بالإضافة إلى ما سبق، قد تُوظف وسائل الدفاع هذه لحماية الذات من القلق المزعج، إذ يقوم الأفراد بوصف مشكلاتهم بأنها صعبة ولا تحتمل أو من الصعب التغلب عليها وفي هذه الحال يهرب الشخص من مواجهة المشكلة.

ويطرّح إليس مثالاً على ما سبق: «تدّعي امرأة برغبتها بالتغلب على التسويف أو المماطلة ومسايرتها للمواقف بطريقة مناقضة لقناعتها، ولكنها قد تتجنب معالجة مشكلتها خوفاً من نقد الآخرين لها ووصفها بالمسترجلة، وهذا شيء فظيع بالنسبة لها. وبهذا الشكل يكون الحفاظ على مشكلتها (على حد اعتقادها) أفضل من مواجهتها لمسائل مريعة بهذا الشكل» أي مواجهة المشكلة وحلها سيولّد مشكلة أكبر فمن الأفضل الإبقاء على المشكلة الأساسية. أخيراً، تساعد ظاهرة Well-Documented, Self-Fulfilling Prophecy في شرح سبب محافظة البشر على مشكلاتهم النفسية.

وهنا، يعمل الإنسان حسب تخميناته وتنبؤاته الناتجة، وبعدها يختار إما من استجاباته أو استجابات غيره ليفسّر بطريقة ما، ليثبت فرضياته الأولية. وهكذا، يمكن لشخص مضطرب اجتماعياً أن يعتقد أن الآخرين لا يرغبون بالتعرّف على إنسان وضيع مثله، هذا يقوده إلى التصرف بشكل تافه وحقير، متجنباً تحكيم نظره بالآخرين، وكذلك يعزل نفسه عنهم. ومما لا يدعو للدهشة، هو أن مثل هذا السلوك الاجتماعي لا يدعو إلى التقرّب من الآخرين وبالتالي عدم التجاوب بينه وبين الآخرين يساعده على إثبات فرضيته الأولى غير العقلانية "هل ترى، كنت على حق، لا يريد الآخرون التعرّف على أمثالي، فأنا إنسان سيء حقاً".

بالنتيجة، تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (RET) على اتجاه وميل البشر فطرياً إلى استمرار وسرمدة مشكلاتهم بالإضافة إلى استعدادهم للتمسك بهزيمة الذات ومقاومتهم لكل تغيير يقاوم أفكارهم غير العقلانية.

نظرية التغيُّر العلاجي The Theory of therapeutic change:

لقد ناقشنا فيما سبق، أن نظرة (RET) للإنسان هي نظرة تفاؤلية، بالرغم من أنها تفترض أن للبشر استعداداً غريزياً بيولوجياً ليفكروا بشكل غير عقلاني، لكنهم أيضاً يمتلكون مقدرة الاختيار والتمييز التي تساعدهم على العمل نحو تغيير هذا التفكير اللاعقلاني وآثاره الضارة على الذات. وهناك مستويات عديدة للتغيُّر، وتؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على أن التغييرات الفعالة تكمن في تطبيق مبدأ إعادة تركيب وبناء الأفكار اللاعقلانية، أي دحض الأفكار اللاعقلانية.

ويمكن للتغيير في هذا المستوى أن يكون خاصاً أو عاماً. يعني التغير الخاص أن يبدّل الأفراد أفكارهم اللاعقلانية (مطالبهم الحتمية المطلقة) بحالات تقود إلى تفكير عقلاني (تفضيلات نسبية). بينما يتضمن التغيير الشامل، أن يتبنى البشر مواقف نسبية (غير مطلقة) اتجاه أحداث الحياة بشكل عام وشامل. ولإحداث تغيير على إحدى المستويين السابقين (خاص، عام)، ينصح الناس بما يلي:

1. إدراك أنهم يتحدثون، وإلى درجة كبيرة، عن اضطراباتهم النفسية وأنه عندما يكون للظروف البيئية دور في هذه الاضطرابات، فهُم في المستوى العام من عملية التغيير.
2. الاعتراف بأن لديهم القدرة على تغيير هذه الاضطرابات.
3. استيعاب وفهم أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تنشأ من المعتقدات والأفكار اللاعقلانية المطلقة.
4. اكتشاف أفكارهم اللاعقلانية والتمييز بينهم وبين بدائلهم العقلانية.
5. مقاومة هذه المعتقدات اللاعقلانية باستخدام الطرق العلمية التجريبية.
6. العمل باتجاه تعميق أفكارهم العقلانية الجديدة وذلك بتوظيف طرق التغيير المعرفية، والانفعالية، والسلوكية.
7. الاستمرار في مقاومة الأفكار اللاعقلانية واستخدام طرق متعددة النماذج لتغييرها.

عندما يُحدث الناس تغييراً فلسفياً في المعتقدات والأفكار في نموذج A B C فإنهم يكونون قادرين وبشكل عفوي على تصحيح استنتاجاتهم الخاطئة والمشوّهة للحقيقة. ويمكن الاستفادة من التصدّي لهذه الاستنتاجات الخاطئة أيضاً وبشكل مباشر في تحويل الأفكار اللاعقلانية إلى عقلانية. وهذا ما أكده كل من (أليس وبك وهاربر... إلخ).

وتفترض نظرية (RET) أن الأفكار اللاعقلانية تشكل الأساس المتجدد لبقاء وتقدّم الأخطاء والتحريفات الاستنتاجية وأنه من الممكن للبشر أن يُحدثوا تغييرات أساسية عن طريق هذه الاستنتاجات دون إحداث تغييرات فلسفية عميقة للأفكار والمعتقدات. وهكذا قد يتمكنوا من إنشاء فرضيات بديلة ويحاولوا البحث عن الأدلة التي تثبت صحة هذه الفرضيات. وبعد ذلك قد يقبلوا بها على أنها تمثّل الأفضل بين نظائرها.

ونسوق هنا مثال على ما سبق: يفكّر رجل أن زملاءه في العمل ينظرون إليه على أنه ساذج وأحمق. وليُثبت صحة هذه الفرضية:

1. قد يحدّد ردود فعلهم السلبية اتجاهه.
2. تتشكل لديه البيانات التي من خلالها يصل إلى النتيجة "يظنون أنني رجل ساذج".

ربّما يدرك بعد ذلك أن ما فسّره على أنه ردود فعل واستجابات سلبية اتجاهه قد لا يكون صحيحاً. أما إذا بدت له تلك الاستجابات سلبية، قد ينفّذ خطة أو تجربة ليختبر الأساس والمعنى الذي ينسب إليه هذه الاستجابات. وهنا قد يطلب المساعدة من زميل له ممن يثق بهم فيقوم بتنفيذ الخطة وهي على شكل اقتراع سري لآراء الآخرين فيه. أو قد يتجرأ ويسألهم بنفسه عن وجهة نظرهم حول شخصه. بالنتيجة، قد يصل هذا الرجل بعد تنفيذ إحدى هذه الخطط إلى أن زملاؤه يجدون بعض أفعاله حمقاء ولا يعتبرونه أحمقاً أو ساذجاً كشخص.

بعد ذلك، ربما ترتقي حالتهُ النفسية، لأن استنتاجه للفرضية السابقة قد تغيّر لكن اعتقاده مازال "إذا كان يفكّر الآخرون أنني ساذج أو أحمق، فهُم على حق، أنا رجل ساذج فيا لرهبة الحالة". وعلى هذا الأساس، كان تغيير هذا الرجل استنتاجياً وليس فلسفياً أي أنه لم يساعد على تغيير التفكير اللاعقلاني إلى عقلاني. لكنه إذا حاول أن يُحدث تغييراً فلسفياً لأفكاره:

أولاً: يفترض أن استنتاجه صحيحاً

ثانياً: يخاطب نفسه محاولاً تقييم استنتاجه من ثم يتحدى أفكاره ويدحضها إذا اكتشف أنها غير عقلانية (حتميات مطلقة). وبهذا يمكن أن يستنتج "حتى إذا تصرفت بسذاجة، فهذا سيجعلني رجلٌ ذو سلوك أحمق، وليس رجلاً أحمقاً ولكن حتى لو اعتبرني زملائي أحمقاً، فتلك ببساطة وجهة نظرهم الخاصة، والتي بإمكاني معارضتها".

كنتيجة للمثال السابق: يفترض أصحاب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أنه من المحتمل للبشر أن يُحدثوا تغييراً فلسفياً عميقاً في المعتقدات والأفكار وذلك إذا افترضوا أولاً أن استنتاجاتهم صحيحة ثم دحضوا أفكارهم غير العقلانية. أكثر من إذا بدؤوا بتصحيح أخطائهم الاستنتاجية ثم دحضوا أفكارهم غير العقلانية الأساسية. وعلى العموم، تنتظر هذه الفرضيات تحقيقاً تجريبياً، وقد يُحدث البشر تغييرات مباشرة في الأحداث المنشطة A. ففي المثال السابق: يمكن للرجل أن يغادر عمله أو يصرف انتباهه عن ردود فعل زملائه اتجاهه، ويبذل جهداً أكبر لجعل تصرفاته مقبولة وبعيدة عن السذاجة. أو يمكن له أن يقوم بتمارين استرخاء كلّما احتك برفاقه. وبهذه الطريقة يبعد نفسه ثانيةً عن ردود فعلهم، أي يرخي أعصابه ولا يتوتر في حال واجه استجابات زملائه في العمل. أو يمكن أن يلجأ إلى رئيسه، حيث يطلب الرئيس من العمال تغيير سلوكهم اتجاه ذلك الرجل. وعندما نأخذ مثل هذا النموذج لدراسة التغيير السلوكي، فمن الواضح أن الشخص يستطيع تغيير سلوكه ليُحدث تغييراً استنتاجياً وفلسفياً.

وبالعودة للمثال السابق، الرجل الذي ينظر إليه زملاؤه على أنه ساذج، يمكن له أن يغيّر سلوكه اتجاههم ويختار من ردود فعلهم ما يقوده إلى إعادة تفسير استنتاجه السابق (يُحدث تغيير السلوك تغييراً استنتاجياً) لكن في حال كان اعتبار الزملاء للرجل على أنه أحمقاً اعتباراً حقيقياً، ففي هذه الحالة يحاول الرجل أن يظهر نفسه أمامهم على أنه قادر على مقاومة الموقف ومواجهته، وذلك فقط ليثبت لهم أن تفكيرهم فيه لا يمنعه من تقبّل ذاته (يُحدث تغيير السلوك تغييراً فلسفياً). بينما يفضّل أطباء المعالجة العقلانية الانفعالية مساعدة مرضاهم (العملاء) على إحداث تغييرات فلسفية في الأفكار والمعتقدات B حول الأحداث المنشطة A. لكن إذا اتضح أن العملاء غير قادرين على تغيير أفكارهم غير العقلانية، عندها يحاول الأطباء مساعدة المرضى على تغيير الحدث المنشط A (مثلاً بتجنب المشكلة أو بالتصرف بشكل مختلف) أو تغيير النتائج الخاطئة التي توصلوا إليها C.

استخدامات النظرية وفعّاليتها التطبيقية:

لقد أوضحت الدراسات العديدة والتي تناولت العلاج العقلاني الانفعالي للاضطرابات النفسية فاعليته في كثير من الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب واضطراب الهلع والوسواس القهري واضطراب الشخصية والفصام والمشكلات الأسرية وغير ذلك.

وبالرغم من أن كيندال وآخرين أشاروا أن REBT الموصوف في كتب علم النفس الحالية والذي أحياناً ما يتم تطبيقه في البحوث التجريبية، هو نموذج راكد، شديد البساطة، ويرجع إلى بداية فترة الستينات (Kendall, et al ,1995, p.170)؛ فقد قرر اليس وماكلارين: أنه على مدى 250 دراسة محكّمة، والتي تم نشرها حول كفاءة وفعّالية REBT فقد أوضحت غالبية هذه الدراسات نتائج إيجابية (Ellis and MacLaren.1998.7) .



وقدّم "بوركاسكا ونوركروس" Prochaska and Norcross.1983 تقريراً حول دراسة مسحية، وكان الهدف من وراء هذه الدراسة التعرف على مدى استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في العلاجات الفردية، وقد تكونت عينة الدراسة من (410) من علماء نفس في القسم(29) التابع للجمعية النفسية الأمريكية American Psychological Association وأعضاء آخرين من قسم(19) التابع لنفس الجمعية والخاص بعلم النفس الإكلينيكي. وقد كانت نتائج الدراسة هي أن الأعضاء في كلا القسمين (29 – 12) كانوا يطبقون العلاج الفردي خلال فترة العلاج النفسي بنسبة وقدرها(65،3٪) بالنسبة لأعضاء قسم (29) التابع للجمعية الأمريكية لعلم النفس، (63،5٪) بالنسبة أعضاء قسم (12). إلاّ أن الباحثين أشارا إلى أن أعضاء القسمين لم يقدموا أية معلومات حول كيفية توزيع وقت عمل المعالجين النفسيين مع المرضى. وهذا يقودنا إلى وجود أسباب وراء اختلاف الممارسين للعلاج العقلاني الانفعالي مع الحالات الفردية من حيث النموذج

العلاجي المطبق. وفي حال غياب المعلومات، سوف يكون من الصعب شرح أسباب استخدام هذا النموذج من العلاج الفردي.

وفي هذا السياق افترض" دريدر" Dryder,1984 أنه يوجد هناك مصادر متنوعة ذات نفوذ كبير تؤثر على المعالج والعميل عندما يحاولون تحديد عمل الخطة العلاجية، وأهم هذه المصادر:

أولاً: يتأثر المعالجون بالمحيط والبيئة التي يعملون فيها، أي (البيئة تفرض نوع العلاج)؛ فقد تفرض البيئات أحياناً حدوداً عملية لتطبيق العلاج في شكليات محدودة. فعلى سبيل المثال العلاج الفردي، وقواعد التطبيق المختلفة قد تفضل تطبيق ممارسة علاجية خاصة لدى بعض الأفراد دون غيرهم. فقد وجد المعالجون الذين يعملون في التطبيق العلاجي للمشكلات الخاصة أو النوعية أن المطالب التي يفرضها هذا الأسلوب من العلاج يقود إلى أن العلاج النفسي الفردي يشكل الجزء الأساسي لعملهم.

ثانياً: يتأثر المعالجون بالطرق التي يفسرون فيها اضطرابات العملاء. فمن المتوقع أن نموذج العلاج العقلاني الانفعالي يؤكد على دور وتأثير معتقدات وأفكار الفرد على مشكلاته النفسية، والذي سيؤثر على عمل المعالجين ويقودهم إلى استخدام شكل العلاج الفردي أكثر من غيره.

ثالثا: غالباً ما تكون تفضيلات العملاء واضحة وبارزة، وهذا يؤثر بشكل أساسي ومعتبر على اختيار الأسلوب العلاجي، أي العميل يختار أسلوب العلاج سواء أكان فردياً أو جماعياً.

وفي هذا السياق، يقول إليس أكون قادراً – في العادة– على أخذ الرغبة الأساسية للعملاء في اختيار أسلوب العلاج (فردي، زوجي، عائلي، جماعي)، إلا في حالات قليلة نسبياً، حيث أوجههم (أي العملاء) لاختيار الأسلوب الذي يثير اشمئزازهم في البداية، وذلك كي يعتادوا عليه".

وعلى هذا الأساس لابد من توفر معلومات كافية تتعلق بتفضيلات العملاء خلال فترات علاجهم السابقة. فالمعلومات غير المتوافرة تتعلق بـ:

1. كيف يوزع ممارسو العلاج العقلاني الانفعالي وقت عملهم بين أساليب العلاج المتنوعة والخاصة بنظرية العلاج العقلاني الانفعالي.
2. ما العوامل التي تؤثر في عمل المعالجين واختيارهم لنوع العلاج.
3. من المسؤول عن صنع القرارات الخاصة باختيار شكل العلاج.

بالنتيجة يمكن القول: إن اختيار أو عدم اختيار أسلوب العلاج الفردي وفقاً لنظرية إليس يُحدد بالخبرة العلاجية للمعالج وليس من خلال خطوات ثابتة مخطط لها مسبقاً.



الفصل الثاني



التطبيق الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي

الفصل الثاني

التطبيق الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي

- العلاقة العلاجية.
- الشروط العلاجية.
- الأسلوب العلاجي.
- الصفات الشخصية للمعالجين الفعالين.
- حث وتحريض العملاء نحو العلاج.
- تقييم مشكلات العملاء.
- الاستراتيجيات العلاجية.
- التغلب على العقبات التي تواجه العميل.
- الشكل التفضيلي للعلاج العقلاني الانفعالي.

التطبيق الأساسي
لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

مقدمة:

سوف نتناول في هذا الفصل التطبيق الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي، وذلك من خلال دراسة مظاهر العلاقة العلاجية بين المعالجين والعملاء عند تطبيق نظرية (RET)، وكيفية التعامل مع قضايا تتصل بآلية إدخال العملاء في العلاج العقلاني الانفعالي وتقييم مشكلاتهم وفق شروط نظرية (RET)، واستراتيجياتها وتقنياتها الرئيسة. ونختتم هذا الفصل بالإشارة إلى عدد من المعوقات التي تنشأ خلال عملية العلاج العقلاني الانفعالي، وكيفية التغلب عليها، إضافة إلى التمييز بين نظرية (RET) العامة والمفضلة أي نظرية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والفروق بينهما.

العلاقة العلاجية:

ثمة مجموعة من البشر يحدثون أنفسهم بأنه ينبغي عليهم أن يأتوا بأعمال كاملة وخالية من أي خطأ، وعليهم أن يكونوا محبوبين ومقبولين من كل الناس، ويجب أن يكونوا على قدر من القدرة على الكفاءة والنجاح في جميع أمور حياتهم. ويرى إليس أن المنهج العلاجي لهذه الحالات هو العلاج العقلاني الانفعالي الذي يهدف إلى إعادة بناء نظام من المعتقدات في نفس الفرد، بحيث يكون عقلانياً وواقعياً ومنطقياً. ولتحقيق هذا الغرض ينبغي على المعالج أن يبصّر المضطرب نفسياً بالحقيقة والواقع، وأن يعيده إلى الصواب والمنطق بطريقة قوية، وقد تكون فجة؛ فالأم التي فقدت ولدها الوحيد يجب أن تعي بصراحة وواقعية أن فقدان ولدها ليست نهاية العالم. فعلى المعالج أن يوضح مكان الخطأ في الاعتقاد المضطرب والجانب اللامنطقي في تفكيره، وأن يعمل على إفهام المرضى بأن قلقهم أو اضطرابهم ليس سوى نتيجة لما يفكرون ويوجهون به أنفسهم وليس ناجماً عن

الوضعية نفسها. فهناك أسئلة يجب أن يطرحها العميل على نفسه، كأن يسأل نفسه هل هناك أسباب معقولة لمثل هذا الاعتقاد؟ وهل أنا مخطئاً في اعتقادي هذا؟ وبعد ذلك يسأل نفسه هل أنا مستعد إلى أن أعيد النظر في معتقداتي حول نفسي وحول العالم الذي أعيش فيه (ماضي،1994).

إن العلاقة العلاجية حسب نظرية إليس لا تتطلب أن تكون جيدة بين المعالج والعميل حتى تنجح، لذا فإن إليس يؤكد على أن الدفء الزائد عن حدّه والتعاطف الوجداني المبالغ فيه من قبل المعالج قد يؤديان إلى اتكالية العميل، لذلك فإن العلاج العقلاني الانفعالي يعتمد على تقييم سلوك الفرد بعيداً عن شخصيته، وأن مؤيدي هذا النوع من العلاج يقولون بأن العلاج قد ينجح من خلال الشريط والكتاب، وحتى مع العميل الذي توجد بينه وبين المرشد عداوة أو تكون علاقته به رسمية(الزيود،1998).

إن العملية العلاجية من وجهة نظر إليس هي عملية نشطة ومجابهة مباشرة، وترتكز على مبدأ السؤال العلمي والتحدي والمناقشة، كما يمكن وصفها بأنها عملية إنسانية علمية. والمعالج يعلّم العميل كيف يتحرك ويناقش أفكاره اللاعقلانية بطريقة علمية منطقية، مما يجعل المعالج يعلم العميل كيف يقبل نفسه، وكيف يفرق بين قبول الذات غير المشروط وقبول الذات المرتكز على النجاح فقط. وفي هذا المجال، فإن جميع المجابهات تكون موجهة نحو الأفكار اللاعقلانية للعميل وشعوره بهزيمة الذات بدلاً من مهاجمة شخصيته ولومه. ويجب على المعالج ألاّ يكون ودوداً أو دافئاً مع العميل؛ فالمعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي لا يقيمون اعتباراً لسنوات الطفولة أو لمشاعر العميل، ولا يعتبرون تحسن حالة العميل شرطاً من العلاج من طور لآخر. أما شخصية المعالج وصدقه ومعرفته فليس لها أي اعتبار عندهم.

ونلخص ما سبق، إن العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل حسب نظرية إليس ترتكز على مايلي:

- يتسم المعالج بقدرة تأثير على العميل وقدرة إقناع في مواجهة أفكاره اللامنطقية.
- القدرة على تحليل فلسفة العميل الحياتية واتجاهاته وطريقته في التفكير.
- لا يهتم إليس بتكوين علاقة دافئة مع العميل من النوع الذي ينادي به روجرز، وإنما يكتفي بعلاقة عادية يأخذ فيها المعالج الدور النشط المشابه لدور المدرس، ولا يعطي للعميل دوراً كبيراً في عملية العلاج، وإن كان لا يمانع من توفير جو من التسامح والدفء، وأن يعطي الفرصة للعميل للتنفيس الانفعالي عن مشاعره، ولكن دون أن يقتنع بأن هذه الأساليب سوف تصل إلى لب التفكير المنطقي لدى العميل أو تعيده إلى التفكير الصحيح والعقلاني.
- يعتمد المعالج في عمله على التعلم النشط والمباشر، حيث يأخذ دوراً تعليمياً نشطاً، وذلك ليعيد تعليم العميل كيفية مواجهة أفكاره اللاعقلانية.
- استخدامه مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية والوجدانية ليؤثر على أفكار العميل وتصرفاته وانفعالاته.
- لا يستخدم التداعي الحر ولا تحليل الأحلام بل يتجه اهتمامه بشكل أساسي إلى الأفكار التي يتبناها العميل حول تلك الأحداث وأهميتها في حياته.
- يقوم المعالج بتفسير كل ما يقوله العميل، أو ما يأتي به من تصرفات دون أن يبدي أهمية لمقاومة دفاعات العميل.

لذلك، يعدُّ العلاج العقلاني الانفعالي الشكل الفعّال والمباشر للعلاج النفسي، حيث يعمل المعالجون بفعالية في توجيه مرضاهم نحو تحديد المصدر الرئيسي لمشكلاتهم النفسية، كما يظهرون لهم مقدرتهم على مواجهة وتغيير أفكارهم اللاعقلانية. وهكذا فإن نظرية (RET) هي الشكل التربوي للعلاج. حيث أدرك إليس في بعض الأحيان دور المعالج الفعال في العلاج العقلاني الانفعالي

كمعلم موثوق ومشجع لتعليم العملاء كيف يكونوا معالجين لأنفسهم بعد انتهاء دورات المعالجة الرسمية بإشراف المعالجين المختصين.

الشروط العلاجية:

يعمل المعالجون بجد لقبول عملائهم ككائنات بشرية غير معصومة عن الخطأ، تتصرف دائماً بطرق هادمة للذات ومقللة من شأنها، لكنهم ليسو سيئين جوهرياً (أو جيدين) ويصرف النظر عن التصرفات السيئة للعملاء أثناء المعالجة. يحاول المعالج العقلاني الانفعالي تقبلهم كبشر لكنه من حين لآخر.وعندما يناسب الوقت، يعلمهم ردود فعله اتجاه السلوك السلبي للعميل (أليس، 1973).

ويقول إليس في هذا الصدد: نحن المعالجون نكافح لنكون منفتحين قدر الإمكان، ولا نتردد في إعطاء أي معلومة تخصنا قد يسأل عنها العميل، باستثناء المعلومات التي قد يستخدمونها بشكل مضاد ينعكس عليهم بالضرر. وهكذا، يقدم أطباء العلاج العقلاني الانفعالي أمثلة حية تشابه الحالة المرضية للعميل. فتتطرق هذه الأمثلة إلى مشكلات مشابهة وكيفية حلها وتجاوزها. ويميل المعالجون بـ (RET) من حين لآخر إلى الفكاهة والظرافة مع معظم مرضاهم لأن – وعلى حد تعبير هؤلاء المعالجين – معظم الاضطرابات الانفعالية تنشأ من حقيقة أن العملاء ينظرون إلى مشكلاتهم، إلى الآخرين، وإلى المحيط من حولهم نظرة جدية. وهكذا، يعمل المعالجون على تقديم نموذج للعملاء يتضمن الفوائد العلاجية من اتخاذ موقفاً جدياً فيه جانباً من السخرية والتهكم اتجاه الحياة ومشكلاتها.

هذا، ويحاول المعالجون (RET) ألا يهزؤوا من العملاء أنفسهم لكن من سلوكهم، أفكارهم، وانفعالاتهم، وبنفس الوقت ولنفس الهدف، يتجه المعالجون لأن يكونوا غير رسميين في التعامل مع العملاء. لكن مما يجب ذكره هنا هو أن نظرية (RET) تعارض وجود معالجين يحاولون إمتاع أنفسهم بشكل غير أخلاقي على حساب العملاء أثناء دورات المعالجة.

يظهر معالجو العلاج العقلاني الانفعالي نوعاً خاصاً من التعاطف والشعور المتبادل مع العملاء. وهنا لا تقتصر مهمتهم على فهم واستيعاب مشاعر العميل ولكن تتجاوز ذلك إلى ما يسمى بالتعاطف الفلسفي أو الفكري Philosophic Empathy، حيث يظهر المعالج فهمه واستيعابه لمشاعر العميل بالإضافة إلى الأفكار المثيرة لهذه المشاعر. وبإضافة بعض التعديلات، يتفق معالجو (RET) مع وجهات نظر روجرز فيما يتعلق بتعاطف المعالجين، والتقبل غير المشروط للعملاء. لكن يحرص أصحاب التوجه العقلاني الانفعالي في العلاج كل الحرص على إظهار مشاعر مفرطة من الدفء والحماسة اتجاه الأغلبية من مرضاهم (العملاء). وهنا تؤكد نظرية(RET) أنه إذا تقرب المعالجون من العملاء وقدموا لهم العناية والعطف والدعم بالإضافة إلى التقبل غير المشروط، فإنهم يعرضون أنفسهم للوقوع في نوعين من الأخطاء.

أولاً: قد يعمل المعالجون بشكل غير متعمد على تعزيز ودعم الحاجات الملحة للعملاء كحاجتهم للحب وتأييد الغير لهم، حيث تعتبر هاتين الحاجتين من الأفكار اللاعقلانية التي هي سبب الاضطراب. وعندما يحدث مثل هذا الشيء، يبدي العملاء تحسناً لأن الأطباء المعالجين يقدمون لهم في حقيقة الأمر ما يطالبون به كشيء حتمي. "أي يجب أن ينالوا ما يفكرون به". وفي هذه الحال يكون تحسن العملاء تحسناً وهمياً، لأن أفكارهم اللاعقلانية قد عززت بدلاً من أن تعدل أو على الأقل تتغير جذرياً وتتحول إلى أفكار عقلانية. والذي يحدث هنا هو، عندما يبدي العميل تحسناً يحد المعالج من فرص تعريف العملاء بكيفية مواجهة المشكلات بأنفسهم والعمل على حلها. وبالنتيجة لا يتعلم العميل كيف يساعد نفسه بعد انتهاء فترة المعالجة مما يجعله عرضة للاضطرابات المستقبلية.

ثانيا: قد يعمل المعالجون بشكل غير متعمد على تعزيز فكرة العملاء حول (التحمل الضعيف المحبط) Low Frustration Tolerance – (عدم القدرة على مواجهة المشكلات). فيحاول العملاء في هذه الحالة البحث عن مساعدة لا متناهية من الغير بدلاً من مواجهة مصاعب الحياة بأنفسهم. وأي نوع من العلاج لا يعمل

على إقناع العملاء التوقف عن تصرفاتهم الصبيانية وتحمل مسؤولية إسعاد أنفسهم فهو علاج يؤكد الفكرة اللاعقلانية عند العملاء وهي " إنه يجب على الآخرين مساعدتنا".

وبناء على ما سبق، يمكن الوصول إلى استنتاج مفاده: تشكل المعالجة التي تقوم على التقرب المفرط من العميل خطراً وأذى على العميل نفسه، لأنها تعمل على تعزيز الأفكار اللاعقلانية لديه بدلاً من إبطالها. لكن، وبما أن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي هي نظرية نسبية بطبيعتها وتعارض المبادئ العلاجية الثابتة المطلقة، فهي تسلم بأنه قد يكون في بعض الحالات (يكون فيها العميل على درجة واضحة من اليأس المصحوبة مثلاً بفكرة انتحارية) تعاطف المعالج الواضح مع العميل إيجابياً ونافعاً.

الأسلوب العلاجي:

ينصح أليس (Ellis) المعالجين (RET) بإتباع الأسلوب المباشر الفعال مع معظم العملاء Active directive style. لكن لم يؤكد كل أطباء المعالجة العقلانية الانفعالية وجهة النظر هذه، حيث يتبع بعضهم الطريقة الودية الدمثة الأكثر سلبية مع معظم الحالات المرضية للعملاء. مثل (جارسيا، 1977- يونغ 1974- 1977). ويشير اسكنرودر (Eschenroeder، 1979) إلى أهمية الاستفسار في العلاج العقلاني الانفعالي عن الأسلوب العلاجي الأكثر فعالية وعن الحالة المرضية للعميل التي يناسبها هذا الأسلوب، أي معرفة الحالة المرضية والأسلوب العلاجي المناسب لها. ولكن هذا لا يعد كافياً ومن الأفضل لمعالجي الطريقة العقلانية الانفعالية تجنب ما يلي:

1. الأسلوب الودي المشحون بالعواطف الجياشة في التفاعل مع مرضى الهستيريا.
2. الأسلوب الفكري مع العملاء أصحاب الأفكار القهرية Obsessive-Compulsive.

3. الأسلوب المباشر مع العملاء الذين إحساسهم بالاستقلال الذاتي ضعيف ومن السهل تهديده.
4. الأسلوب الفعال مع العملاء الذين يرتدون بسهولة إلى الحالات السلبية.

ويتناسب هذا الاتجاه من التفكير بشكل جيد مع فكرة المرونة التي يؤيدها ويؤكد عليها أطباء المعالجة العقلانية الانفعالية كصفة علاجية هامة. ولا يعني التنويع في الأسلوب العلاجي (RET) إغفال المبادئ النظرية التي تشكل الأساس الذي يقوم عليه محتوى هذه المعالجة، حيث لا يمكن الفصل بين العُلاج النظري و التطبيقي.

الصفات الشخصية للمعالجين الفعالين في المعالجة (RET):

للأسف، لا يوجد هناك دراسات بحثية تحدد الصفات الشخصية للمعالجين الفعالين في المعالجة العقلانية الانفعالية. لكن هناك عدد من الفرضيات تضعها النظرية العقلانية الانفعالية حول هذا الموضوع ومن المهم تقييم هذه الفرضيات كدراسات تجريبية منتظرة.

1. بما أن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي هي شكل العلاج المركب باعتدال إلى حد ما، فإن المعالجين الفعّالين مرتاحين مع هذه الصيغة ومرنين كفاية ليعملوا إذا ألحت الحاجة بطريقة أقل منها صياغة وتركيباً.
2. يتجه المعالجون لأن يكونوا ميالين إلى الثقافة، والمعرفة والفلسفة، ومهتمين بنظرية (RET) لأنها الطريقة التي تزودهم بالفرص ليعبروا ملياً عن ميولهم ورغباتهم التي لا يستطيعون التعبير عنها.
3. بما أنه في الأغلب يتم تقديم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بطريقة مباشرة فعالة، فيبدو المعالجين دائماً مرتاحين للعمل بهذه الطريقة، ولديهم المرونة الكافية لتعديل أسلوبهم الشخصي مع العملاء وتقديم أفضل الشروط لتسهيل تغييرهم (العملاء).

4. تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أنه من المهم أن يطبق العملاء المستويات الثلاثة للبصيرة في حياتهم اليومية. وبالنتيجة، يبدو أن المعالجين (RET) مرتاحين مع التعليم والتدريس السلوكي ومع تزويد العملاء بالحث والتحريض الفعال الذي يحتاجونه.
5. يشعر المعالجون بالخوف من الفشل. فكفاءتهم الشخصية لا تنحصر في تحسن العملاء، لا يحتاجون حب وتأييد العملاء، لا يخافون من المجازفة في العلاج، ويتجهون نحو تقبل أنفسهم ومرضاهم كبشر غير معصومين عن الخطأ، كما يتحملون مسؤولية أخطاءهم وتصرفات مرضاهم. وهكذا يتجه المعالجون الفعّالين إلى إحراز درجة عالية من الصحة النفسية الإيجابية لمرضاهم.
6. تعمل نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بجد لتكون نظرية علمية، وتجريبية، ونسبية في معالجتها لفكرة اختيار وإنجاز البشر لأهدافهم وغاياتهم. وهكذا يتجه المعالجون الفعالون لأن يظهروا صفات مماثلة وبشكل أكثر تحديداً ليكونوا واضحين، مفكرين، وواقعيين.
7. تؤيد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي استخدام التقنيات بعدد من النماذج المختلفة (المعرفية والخيال، والعاطفة، والسلوك، والخاصة بالعلاقات الشخصية)، وهكذا يحاول المعالجون الفعالون الأخذ بطريقة النماذج المتعددة والابتعاد عن التمسك بطريقة ذات نموذج واحد فقط.

وأخيراً، إن معظم المعالجين الذين يتبنون العلاج العقلاني الانفعالي يعدّلون في نظرية (RET) أثناء تطبيقها، وذلك حسب الصفات الشخصية لكل معالج مثل :استخدام الحوار في علاقة المعالج مع العملاء.

حثّ وتحريض العملاء نحو العلاج العقلاني الانفعالي:

تختلف معرفة العملاء فيما يتعلق بنوع العمليات العلاجية التي سيتلقاها كل منهم في عيادات العلاج بـ (RET)، فيلجأ بعضهم إلى أخصائي المعالجة لأنهم يعلمون أن هذا المعالج هو طبيب يتبع طريقة العلاج العقلاني الانفعالي. بينما قد

لا يعلم الآخرون منهم هذه الطريقة العلاجية. ويفضل على أية حال الكشف عن توقعات العملاء حول طريقة العلاج في مستهل العملية العلاجية، ولابد أيضاً من التمييز بين ما هو متوقع وما هو مفضل للعملاء حول هذه العملية. حيث تتعلق تفضيلات (Preferences) العملاء في العلاج بنوع التجربة العلاجية التي يرغبون فيها أو التي يفضلونها، بينما تتعلق التوقعات بنوع التجربة التي سيتلقاها العميل بغض النظر عن رغبته فيها.

وهكذا، يتطلب أصحاب التوقعات المنطقية والتفضيلات الواقعية للعملية العلاجية في (RET) حثاً وتحفيزاً نحو العلاج أقل من أولئك الذين لديهم توقعات غير منطقية، ويفضلون تجربة علاجية من نوع آخر.

وتتضمن إجراءات الحث والتحفيز لإدخال العملاء في (RET)، إظهار طريقة العلاج العقلاني الانفعالي على أنها الطريقة المباشرة الفعالة والموجهة نحو معالجة المشكلات الحالية والمستقبلية للعملاء والتي تتطلب لعب دور فعال من جهتهم لإحداث التغيير.

ويوجد هناك أشكال عديدة للحث والتحفيز نحو العلاج، ومنها:

1. قد يهتم المعالجون بالمرحلة السابقة للعلاج التي تتضمن عدداً من إجراءات التحفيز، بحيث توجز من خلالها الطريقة النموذجية للعلاج العقلاني الانفعالي. ويشار أيضاً إلى التصرفات الفعالة المنتجة للعميل.
2. قد يقدم المعالجون محاضرة قصيرة في مستهل العملية العلاجية تتعلق بطبيعة وعملية العلاج العقلاني الانفعالي.
3. قد يوظف المعالجون شروحات تحفيزية في بداية الدورات العلاجية مستخدمين مشكلة العميل كمادة للشرح، وذلك لتوضيح كيفية معالجة هذه المشكلات في العلاج العقلاني الانفعالي، وما الأدوار الفعّالة لكل من العميل والمعالج.

تقييم مشكلات العملاء:

إن المرحلة الثانية في العلاج هي مرحلة تقييم المشكلات، حيث إن لتحديد نوع ودرجة الاضطراب الانفعالي عند العملاء أهمية كبيرة في العلاج العقلاني الانفعالي، وذلك لعدة أسباب:

1. لمساعدة المعالجين في اختيار شكل العلاج والتقنيات المناسبة منها وغير المناسبة لهذا العلاج مع مراعاة الظروف البيئية التي يعيش فيها العميل.
2. إن تحديد نوع ودرجة الاضطراب، يساعد في معرفة مدة العلاج التي تتطلبها كل حالة مرضية.
3. لمساعدة المعالج في تحديد أسلوب العلاج (فعال نشط، أو سلبي، أو ودي مساند) الذي يتوجب استخدامه مع كل عميل وبحسب حالته.
4. لتحديد نقاط الضعف والعجز عند العملاء، والطرق العلاجية الفعالة التي يجب أن يتناولها العميل لمعالجة هذا العجز حسب شدته، مثل الحزم (العقاب)، والتواصل (الحوار)، ومهمات(نشطة).

إن لمعالجي العلاج العقلاني الانفعالي الحرية في استخدام كل أنواع الإجراءات التقييمية، لكنهم يفضلون النماذج المعرفية– السلوكية التي وصفها كل من كندال (Kendall) وهولن (Hollon) (1980) بالإضافة إلى الاستفتاءات والاختبارات الشخصية والسلوكية. بينما يجدون ضعفاً في الإجراءات التشخيصية مثل اختبار الرورشاخ (Rorschach) وذلك لبعدها عن عمليات المعالجة الفعالة.

هذا، وبالرغم من فعالية بعض الاختبارات التشخيصية والمقابلات التي يجريها المعالجين مع العملاء في الكشف عن الاضطرابات، إلا أنه من الممكن أن يكون أفضل شكل لتقييم المشكلات هو النموذج المؤلف من عدة جلسات مع العميل في العلاج العقلاني الانفعالي.

وهنا نوجز بعض الفوائد لهذا النوع من العلاج الموجه:

1. يعمل العملاء خلال هذا الإجراء على مواجهة مشكلاتهم بشكل مباشر، حيث يؤدي إلى مساعدة العميل على اكتساب العلاج أثناء جلسة التقييم، ومواجهة أقل قدر ممكن من العناء والضيق، بالإضافة إلى توفير في نفقة العلاج الطويل والصعب.
2. تحدد التقنيات الفعالة التي يمكن استخدامها مع مختلف العملاء من خلال تجريبها أثناء العملية العلاجية. بينما قد يساعد استخدام الاختبارات الشخصية القياسية، مثل (MMPI)، المعالج على البدء ببعض طرق العلاج العقلاني الانفعالي بدلاً من طرق أخرى تتعامل مع عميل محدد، فقط بوساطة التجريب وبشكل دقيق لبعض الطرق المحددة والخاصة التي يرغب المعالج معرفة كيفية تفاعل العميل مع هذا النوع من الطرق. وهل من الممكن الاستمرار فيها أو لا؟
3. إن إجراءات التقييم المكتشفة من خلال المعالجة النفسية المستمرة (مثل إعطاء العميل مجموعة كاملة من الاختبارات قبل بدء المعالجة) قد لا تكون مناسبة لعدد من العملاء، لأنه خلال عملية الاختبار وخاصة إذا كانت إجراءات التقييم طويلة ومملة عندها قد يتخيل العميل أشياء مرعبة عن نفسه، وهذا يقوده إلى الضلال والضياع ويصبح من الصعب عليه الاستفادة من العلاج.
4. قد تتنبأ بعض إجراءات التقييم التقليدية، مثل اختبار(TAT وRorschach) بشكل خاطئ عن مشكلات، وعلامات، وحركات لا توجد في الحقيقة عند كثير من العملاء، وهذا قد يخرج المعالجين عن خط سير عملهم المرتكز على التقييمات العلمية.
5. قد يتخذ العملاء في بعض الأحيان تشخيصات مكتسبة من الإجراءات التقييمية (التخمينية) المعقدة كما في حقائق الإنجيل (Gospel) حيث يشعرون بأنهم قد استقبلوا شرحاً صحيحاً لما يزعجهم، فيستنتجون بشكل خاطئ بأن هذا الشرح قد قدم لهم المساعدة. تتضمن إجراءات التقييم في العلاج

العقلاني الانفعالي المعالجة المستخدمة ذاتها كجزء متمم لعملية التقييم. كما تركز على ما يساعد العملاء على التغيير أكثر من اعتمادها على التفسيرات التحليلية لما يزعجهم.

وبما أن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي (RET) تركز بقوة على العلاج المعرفي، الانفعالي والسلوكي عند الإنسان، فهي لا تقيم فقط الأفكار اللاعقلانية للعميل بل أيضاً المشاعر والانفعالات غير الملائمة والتصرفات الهادمة للذات. وهكذا فإن عملية التقييم في (RET) تتضمن ما يلي:

تقدم المساعدة للعملاء لكي يعترفوا ويصفوا انفعالاتهم غير الملائمة (مثل القلق، اليأس، الغضب، وكره الذات)، هذا وتختلف انفعالاتهم هذه عن الانفعالات الملائمة السلبية (مثل الخيبة، الحزن، الإحباط، وغيرها .....).

يوجه العملاء للاعتراف بتصرفاتهم الهادمة للذات (مثل القسر والإكراه، والإدمان، والرّهاب، والمماطلة) والتأكيد على التصرفات الجيدة غير المؤذية (مثل التفاني في العمل).

يطلب إليهم الإشارة إلى أحداث منشطة محددة في حياتهم وكانت سابقة لحدوث الاضطراب الانفعالي والسلوكي لديهم. كما تناقش وتقيم الأفكار العقلانية المرافقة للأحداث المنشطة والتي تقود إلى نتائج مريحة غير مسببة للاضطراب.

بالإضافة إلى ذلك تتم مناقشة وتقييم الأفكار غير العقلانية المرافقة للأحداث المنشطة والتي تقود إلى نتائج مسببة للاضطراب، لأنها تتضمن "الحتميات" Mmusts والمطالب المطلقة على أنفسهم (العملاء)، على الآخرين، وعلى المحيط من حولهم وتوضح أيضاً الأفكار اللاعقلانية المشتقة من الحتميات السابقة (ينبغي، يتوجب، ومن المفروض) ومن هذه المشتقات (التضخيم (المبالغة)، عدم القدرة على التحمل، والإدانة)، وفضلاً عن ذلك، يتم توضيح الأفكار غير

اللاعقلانية التي تقود إلى الاضطراب حول الاضطراب، القلق حول القلق، اليأس حول ما يسبب اليأس.

ومثلما تم تحديد الإجراءات التشخيصية والتقويمية في (RET)، فإنه يتم وضع خطط علاجية خاصة يتم من خلالها التعاون مع العملاء لمواجهة أهم العلامات السلوكية الانفعالية الهادمة للذات وبالتالي التقليل من أهميتها فيما بعد. وهكذا يحاول معالجو العلاج العقلاني الانفعالي المحافظة على التفتح الذهني والتصرف بشكل عملي في مواقفهم اتجاه العملاء ومشكلاتهم. لذلك فإن ما يبدو لهم حاسماً في بادئ الأمر ربما ينظر إليه بشكل مختلف فيما بعد. ومن الممكن أن يتغير العمل أيضاً فقد تظهر أفكار غير عقلانية ضارة ومؤذية لم تكن واضحة خلال الجلسات العلاجية الأولى للعميل.

هذا، ويقضي المعالجون بهذا الشكل من العلاج وقتاً خاصاً بجمع المعلومات عن مرضاهم، ومن الممكن أن يطلب من العملاء ملء استبيانات خاصة بتقييم المشكلات والأفكار اللاعقلانية في بداية العلاج أو بالأحرى، يطلب المعالجون من العملاء وصف مشكلاتهم وأثناء هذا الوصف يتدخل المعالج ويقسم المشكلة حسب نموذج(ABC) فإذا بدأ العملاء بوصف الحدث المنشط (A)، عندها يطلب المعالج من العميل نتيجة هذا الحدث(C) لكن إذا بدأ العملاء بوصف نتائج الحدث(C)، يطلب المعالج وصف موجز للحدث المنشط (A).

نموذج عرض البيانات الشخصية:

الاسم: الكنية، الاسم الأول، اسم الأب.

مركز الاستشارة النفسي.

تعليمات: الرجاء الإجابة على كل العبارات التالية بصدق وأمانة قدر الإمكان، وذلك لنتمكن من مساعدتك على حل معظم مشكلاتك.

اقرأ كل عبارة وضع دائرة حول إحدى الكلمات (غالباً، أحياناً، قلما) لتشير إلى كيفية حدوث الشعور المثير للاضطراب.

فإذ كنت تشعر باستمرار أنك ساذج أو مرتبك عندما تقوم بسلوك خاطئ أمام الآخرين، ضع دائرة حول كلمة غالباً (Often).

فإذ كنت تشعر بين الحين والآخر أنك ساذج أو مرتبك عندما تقوم بسلوك خاطئ أمام الآخرين، ضع دائرة حول كلمة أحياناً (Olwes).

أما إذا كنت نادراً ما تشعر بالخجل عند قيامك بفعل ترغب فيه ولا يوافقك الآخرون على فعله، ضع دائرة حول كلمة نادراً (Seldom).

الرجاء التأكد من أنك تضع دائرة حول كلمة واحدة مقابلة لعبارة واحدة ولا تحذف أي عبارة. ذلك لمصلحتك الشخصية. رجاء أجب بصدق وأمانة،،،، وشكراً.

القبول: Acceptance

أشعر بالارتباك والحمق عندما أخطئ والناس الآخرون يراقبون.	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر بالخجل عندما أفعل أشياء أنا أرغب فعلها وأظن أن الآخرين لن يوافقونني.			
أشعر بالإهانة عندما يكتشف الناس أشياء غير مستحبة عن عائلتي أو عن خلفيتي.			
أشعر بالقمع (بالانهيار) إذا لم تكن ممتلكاتي (بيتي، سيارتي، خطيبتي،......) بالصلاحية التي تتمتع بها ممتلكات الغير.			
أشعر بعدم الارتياح التام عندما أكون محط انتباه الآخرين أو مركزاً لاهتمامهم			
أشعر بالألم والإساءة التامة عندما يوجه لي انتقاداً سلبياً من شخص أحترمه			
أشعر بالارتباك والقلق حول مظهري أو الطريقة التي أرتدي بها ملابسي عندما أخرج أمام العامة			
أشعر بأنه إذا أراد الناس التعرف عليَّ عن قرب، سوف يكتشفون كم أنا بغيض وفاسد			
أشعر بالوحدة بشكل فظيع			
أشعر بأنه يجب أن أحصل ببساطة على تأييد وحب الناس المهمين عندي			
أشعر بأنني معتمد على الآخرين وينتابني اليأس عندما لا أستطيع الحصول على مساعدتهم			

الإحباط أو الخيبة: Frustration

	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر بالقلق والاضطراب عندما تسير الأمور ببطء ولا تحسم بسرعة			
أشعر برغبة في تأجيل أو تجنب بعض الأمور التي أعرف بأنه من الأفضل أن تتحقق			
أشعر بالاضطراب حول المعوقات وخيبات الأمل الموجودة في الحياة			
أشعر بالغضب الشديد عندما يجعلني شخص ما أنتظره طويلاً			
أشعر بالغيرة من الناس الذين لديهم مواصفات أفضل من مواصفاتي			
أشعر بالاستياء عندما لا يقدم لي الآخرون ما أرغب به			
أشعر بعدم القدرة على التحمل والرغبة في تغيير البشر الذين يتصرفون بقذارة وبطريقة مؤذية			
أشعر بأنني لا أستطيع تحمل المسؤولية بشكل جدي			
أستاء عندما أبذل جهداً للوصول إلى ما أريد وأرغب			
أشعر بالأسف على نفسي عندما تواجه أموراً قاسية صعبة			
أشعر بعدم قدرتي على الاستقرار بالأشياء التي أبدأ بها، وخاصة عندما تصبح صعبة التحقق			
أشعر بالملل والضجر حول معظم الأمور			
أشعر بعدم قدرتي على ضبط ذاتي			

الظلم: Injustice

1. أشعر بالحقد والرغبة في الانتقام اتجاه أولئك مرتكبي الأخطاء	غالباً	أحياناً	نادراً
2. أشعر برغبة قوية تدفعني للتأثير والحكم على الآثمين والفاسقين			
3. أشعر بالقلق والاضطراب حول الظلم والجور الموجود في العالم، وأشعر أيضاً بأن المجرمين يجب أن يعاقبوا بقسوة شديدة			

الإنجاز: Achievement

أوجه اللوم لذاتي بسبب إنجازاتها الضعيفة وغير المفيدة	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر بالخجل الشديد عندما أفشل في إنجاز أمر مهم			
أشعر بالقلق عندما أريد التوصل إلى قرارات هامة			
أشعر بالخوف الشديد من المجازفات وإنجاز الأشياء الجديدة			

القيمة والكفاءة: Worth

أشعر بالإثم والذنب حول ما أحمل من أفكار وما أقوم به من أعمال	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر بأنني شخص تافه وحقير			
أشعر برغبة في الانتحار			
أشعر برغبة في البكاء			
أشعر بأنني أخضع بسهولة للآخرين (أي أنصاع لأوامر الآخرين)			
أشعر بعدم قدرتي على تغيير شخصي نحو الأفضل			
أشعر بأنني سيئ تماماً			
أشعر بأن حياتي بلا معنى أو بدون هدف			

الضبط أو التحكم: Control

أشعر بأنني لا أستطيع الاستمتاع بيومي بسبب حياتي الزهيدة	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر أن فشلي في إنجاز الأمور الهامة في الماضي والحاضر هي بسبب فشلي الحتمي في المستقبل			
أستاء من والدي بسبب معاملتهم لي بسوء، ولأنهم سبب الكثير من مشاكلي الحالية			
أشعر أنني لا أستطيع التحكم بانفعالاتي القوية مثل القلق، الاضطراب والغيظ			

الثقة: Certainity

أشعر بالضياع، وأنه لا يوجد لدي أساس أو هدف أعتمد عليه	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر بأنه يتوجب علي الاستمرار في إنجاز أمور محددة، حتى لو لم أكن أرغب بفعلها، لأنني سأواجه السوء مقابل توقفي عن ذلك			
أشعر بالانزعاج وعدم الراحة عندما تسير الأمور بعشوائية ودون نظام.			

الشعور بالفاجعة: Catastrophizing

أشعر بالقلق حول ما يمكن حدوثه في المستقبل.	غالباً	أحياناً	نادراً
أشعر بالقلق حول ما يمكن أن أواجه من مفاجآت وأمراض.			
أشعر بالرهبة حول فكرة الذهاب إلى أماكن جديدة أو مقابلة مجموعة غريبة من البشر.			
أشعر بالرهبة حول فكرة الموت.			

هذا، ويتم في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تقييم الأحداث المنشطة A والنتائج (C) قبل الأفكار والمعتقدات حول هذه الأحداث (B)، وعادة تقيم (ABC)

وفق الترتيب الذي تقوم به من قبل العملاء. حيث تشير(C) إلى النتائج الانفعالية والسلوكية لكل من الأفكار والتقييمات(B).

هذا، وتؤيد نظرية (RET) التقييم الدقيق للنتائج الانفعالية، بحيث يفيد هذا التقييم في الإشارة إلى نوع ونموذج الأفكار والتقييمات التي توجد في (B) وفي هذا المضمار، من المهم تكرار أن الانفعالات السلبية الملائمة مختلفة عن الانفعالات السلبية غير الملائمة. فالحزن، والندم، والقلق، والهم هي انفعالات سلبية لكن ملائمة (Appropriate) باعتبارها تنشأ من أفكار تفضيلية عقلانية في (B)، وتشجع البشر على محاولة التغيير، نحو الأفضل، في الأحداث المنشطة (A). أما الانفعالات السلبية غير الملائمة (Inappropriate) فيمكن أن يعبر عنها اليأس، والشعور بالإثم، والغضب، والاضطراب. كما أنها تنشأ من أفكار حتمية غير عقلانية في (B) وتعمل على إعاقة البشر في محاولاتهم البناءة لتغيير الحالات غير المرغوبة.

وعندما تقيم النتائج الانفعالية، فمن المهم إدراك ثلاث نقاط:

أولاً: من غير الضروري أن يستخدم العملاء مصطلحات فعالة، وبنفس الطريقة التي يستخدمها معالج(RET)، فمن المفيد إعلامهم عن طبيعة التباينات الفريدة بين الانفعالات السلبية الملائمة منها وغير الملائمة، وفي هذه الحالة يتوصل المعالج والعميل إلى لغة انفعالية مشتركة فيما بينهم.

ثانياً: غالباً ما ترتبط النتائج الانفعالية ببعضها البعض. مثال: كثيراً ما يرتبط الغضب بالقلق، حيث يدخل الإنسان بتجربة غضب وذلك ليخفي مشاعر النقص وعدم الكفاءة. ويمكن أن يشعر الإنسان باليأس عندما يهدد اعتباره واحترامه لذاته.

ثالثاً: وأخيراً: أدرك معالجو العلاج العقلاني الانفعالي، أن العملاء لا يرغبون دائماً بتغيير كل شعور سلبي غير ملائم. كما هو معرف في نظرية (RET)، وذلك لأنهم قد لا يدركون أن الانفعال السلبي غير الملائم (مثل الغضب)

هو في الحقيقة غير ملائم وهادم للذات. لذلك، يقتضي تقييم النتائج الانفعالية لتكون هدفاً للتغيير مع وجود مقدار كبير من المرونة والفطنة العلاجية (Clinical Acumen).

وبالرغم من أن تقييم النتائج يتم وفق التقرير الفعلي للعميل، إلا أن العميل يلاقي أحياناً صعوبة في نقل مشكلاته السلوكية والانفعالية بدقة. وعندما يحدث مثل هذا الشيء، يستخدم أطباء (RET) عدد من الطرق لتسهيل هذا الجزء من عملية التقييم. ومن هذه الطرق والتقنيات (الحوار الجشتالتي، ولعب الأدوار، أو كتابة المذكرات السلوكية والانفعالية).

ومثلما اخترنا أن يكون هناك أهمية لتقييم النتائج الانفعالية، يمكن أن يحدث نفس الأمر مع النتائج السلوكية. وكما لاحظنا سابقاً أن التصرفات، مثل: الانسحاب، المماطلة، وشرب الكحول، والمعاملة السيئة.... تقيم كتصرفات معيقة ومنبثقة عن أفكار حتمية وغير عقلانية (أليس، 1982). عندما تقيم الأفكار(B)، يفضل بعض أطباء العلاج العقلاني الانفعالي أن يقيموا استنتاجات العميل مع البحث عن الاستنتاج الأكثر علاقة بأفكار العميل الحتمية وغير العقلانية والذي يقود هدم الذات. يعرف مثل هذا الإجراء بـ (سلسلة الاستنتاجات) (Inference Chaining) (مور، 1983).

وفيما يلي مثال عن هذا الإجراء:

المعالج: إذاً ماذا كان شعورك الأساسي هنا؟

العميل: أظن أنني كنت غاضبة.

المعالج: ولماذا الغضب؟ (توصل المعالج هنا إلى النتيجة(C)وهي الغضب وهو يحاول سبر بعض المعلومات للتوصل إلى الحدث (A).

العميل: لأنه لم يرسل لي بطاقة معايدة في عيد ميلادي، يقدم العميل استنتاجاً يقود إلى الحدث (A).

المعالج: وما هو المثير للغضب في ذلك؟ يدقق المعالج ليتوصل إلى الاستنتاج الأكثر صلة بالنتيجة(C)ضمن السلسلة.

العميل: حسناً ..... وعدني أنه سيتذكر عيد ميلادي. (الاستنتاج 2).

المعالج: إذاً السبب هو نقضه الوعد؟ (يدقق ليعرف فيما إذا كان هذا الاستنتاج المطلوب).

العميل: شعرت أنه لا يهتم بي بشكل كاف (الاستنتاج 3).

المعالج: دعنا نفترض ذلك، ما هو المؤلم في ذلك؟ (يدقق ليعرف مدى علاقة هذا الاستنتاج بالنتيجة)

العميل: حسناً، هذا يعني أنه من الممكن أن يتركني (الاستنتاج 4).

المعالج: وإذا كنت وحيدة ماذا يعني؟ (يسبر بطرح هذا السؤال العلاقة بين الاستنتاج والنتيجة).

العميل: لا أستطيع تحمل ذلك (تفكير غير عقلاني).

المعالج: حسناً، دعينا نعود قليلاً للوراء. ما هو الحدث الأكثر ألماً، عدم إرسال بطاقة معايدة، نقض الوعد، حقيقة عدم الاهتمام، هجرانك من قبل زوجك، أو لكونك وحيدة؟ (يراجع المعالج هنا الأحداث ليتوصل إلى الحدث الأكثر أهمية ضمن السلسلة).

العميل: بلا ريب، كوني وحيدة.

يظهر هذا المثال أن الارتباط ضمن السلسلة لا يقتصر على الاستنتاجات (الأحداث) فقط وإنما يتعدى ذلك إلى الانفعالات أيضاً. فهنا مثلاً يرتبط الغضب بالقلق حول الوحدة. حيث اختار المعالج تفنيد(دحض) أفكار العميل غير العقلانية والمؤسسة للقلق، واستمر بمجادلتها حول أفكارها المثيرة للغضب. بينما من الممكن لمعالجين آخرين التوقف عند الاستنتاج الأول (نسيان بطاقة المعايدة) ودحض الأفكار غير العقلانية المرتبطة بالغضب اعتماداً على هذا الحدث. لذلك فإن نجاح المعالجين الماهرين يتوقف على اكتشاف الخفايا الموجودة ضمن المشكلة من خلال عملية الدحض (Disputing Process). ومن المهم لمعالجي العلاج العقلاني الانفعالي تقييم كل الأمور المتعلقة بالمشكلة الحالية بشكل صحيح وواضح. ويمكن أن يتم هذا الأمر اعتماداً على الأسلوب الشخصي للمعالج وكيفية تفاعل العملاء مع إجراءات التقييم المختلفة. وهكذا عندما تقيم الأفكار الحتمية غير العقلانية، وتتم مساعدة العملاء على إدراك الرابطة بين هذه الأفكار وعواقبها الانفعالية والسلوكية غير الملائمة.

وقد قدم بعض معالجي العلاج العقلاني الانفعالي محاضرة حول دور الحتميات Musts في الاضطراب الانفعالي وكيفية التمييز بينها وبين التفضيلات Preferences ، إليس على سبيل المثال غالباً ما يستخدم الحوار التعليمي التالي:

المعالج: تخيل أنك تفضل امتلاك إحدى عشر دولاراً على الأقل في جيبك كل الأوقات، وتكتشف أنك تملك فقط عشرة دولارات. كيف ستشعر؟

العميل: أشعر بالخيبة.

المعالج: حسناً، أو من الممكن أن تشعر بالهم والحزن لكن لا تصل لأن تقتل نفسك، صحيح؟

العميل: صحيح.

المعالج: جيد، تخيل هذه المرة أنه من المفروض، من الواجب، ومن الضروري أن تمتلك إحدى عشر دولاراً في جيبك كل الأوقات، وتنظر ثانية في جيبك فلا تجد سوى عشرة دولارات، ماذا سيكون شعورك؟

العميل: أشعر بالقلق والاضطراب الشديدين.

المعالج: حسناً، أو تشعر باليأس، صح. الآن تذكر الإحدى عشر دولاراً لكن بتفكير مختلف، أي تخيل أنه من المفروض، من الواجب، ومن الضروري أن يكون لديك إحدى عشر دولاراً على الأقل في جيبك كل الأوقات، وتنظر فتجد اثني عشر دولاراً ما ذا سيكون شعورك هذه المرة؟

العميل: الراحة والسعادة.

المعالج: جيد. استمر بنفس التفكير السابق. لكن تخيل أن شيئاً ما سيحدث ويسبب لك الفزع والقلق. ماذا تتوقع أن يكون ذلك الحدث؟

العميل: خسارة الدولارين.

المعالج: صحيح، قد أخسر الدولارين، أو أنفقهما، أو قد يسرقوا مني. كل هذا ممكن. الآن العبرة من هذا النموذج الذي يمكن تطبيقه على كل البشر فقراء أو أغنياء، سود أو بيض، ذكور أو إناث، صغار أو كبار، في الماضي أو المستقبل. فالبشر ما زالوا بشر، هي أن البشر وراء تعاسة أنفسهم، إذا لم يحصلوا على ما يتوجب الحصول عليه ـ على حد اعتقادهم ـ وبنفس الوقت إذا حصلوا على ما يجدونه حتمياً، فهو معرض للخسارة.

العميل: إذاً، لا يوجد فرصة أشعر فيها بالسعادة عندما لا أحقق ما أراه واجب التحقيق – ولا حتى فرصة ضئيلة تبقيني بدون قلق عن الوصول إلى الهدف الحتمي.

المعالج: جيد، وهكذا فإن أفكارك الحتمية وغير العقلانية لن تقودك إلى شيء سوى اليأس والشعور بالذعر.

إن الهدف الرئيس لمرحلة التقييم في العلاج العقلاني الانفعالي، هو مساعدة العملاء على التمييز بين مشكلاتهم الأولية (مثل اليأس، القلق، التردد، الانسحاب، والإدمان) ومشكلاتهم الثانوية المبنية على السابقة منها (مثل يأس حول اليأس، قلق حول القلق، خجل من الانسحاب والتردد، الشعور بالذنب بسبب الإدمان) لذلك يقيم معالجو العلاج العقلاني الانفعالي المشكلات الثانوية قبل الأولية منها لأنها تتطلب عناية علاجية سابقة، مثالاً على ذلك يواجه العملاء صعوبة في التركيز على المشكلة الأصلية للقلق وخاصة عندما يلومون أنفسهم بشدة لكونهم مضطربين.كما يتم تقييم المشكلات الثانوية بنفس الطريقة التي تقيم بها المشكلات الأولية. فعندما تقيم المشكلات الشخصية وفق نموذج ABC، ويدرك العملاء الرابطة بين أفكارهم غير العقلانية والعواقب السلوكية الانفعالية غير الفعالة، عندها يستطيع المعالجون التقدم إلى مرحلة الدحض (Disputing Stage).

والهدف الأولي لهذه المرحلة هو مساعدة العملاء على اكتساب بصيرة فكرية (Intellectual Insight) لحقيقة أنه لا يوجد هناك إثبات يؤيد وجود مطالبهم الحتمية المطلقة أو حتى أفكارهم غير العقلانية حول هذه المطالب. لكن يوجد هناك دليل وحيد على أنه إذا استمر العملاء بتفضيلاتهم النسبية (غير الحتمية) وإذا لم يتم إشباع هذه التفضيلات عندها ستكون النتائج سيئة وغير مستحبة. أما إذا تم إشباع هذه التفضيلات وحصل العملاء على رغباتهم فستكون النتائج مرغوبة وجيدة.

وتعرف البصيرة الفكرية (Intellectual Insight) في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بـ : الاعتراف بأن الأفكار غير العقلانية تقود إلى اضطراب انفعالي وسلوك خاطئ بينما تحرض الأفكار العقلانية على الاتجاه نحو الصحة

النفسية. لكن لا بد هنا من الإشارة إلى أن الإيمان الضعيف للبشر بالأفكار العقلانية والإدراك الفرضي لها، سيولد لديهم بصيرة فكرية ضعيفة لا تساعدهم على التغيير (أليس، 1985، 1963). لذلك لا تتوقف نظرية RET عند البصيرة الفكرية، وإنما تستخدمها كمنصة للوثب (Spring Board) للعمل في مرحلة أخرى من العلاج. حيث يشجع العملاء في هذه المرحلة على استخدام تقنيات متنوعة (معرفية، انفعالية، وسلوكية) صممت أساساً لمساعدتهم على إنجاز وتحقيق البصيرة العاطفية (Emotional Insight).

وتعرّف هذه البصيرة في نظرية RET بأنها الإيمان والاعتقاد القوي بعدم فاعلية الأفكار غير العقلانية، والاتجاه نحو الأفكار العقلانية المفيدة والمساعدة. والأفكار غير العقلانية هي أفكار غير فعالة ومثبطة، أما الأفكار العقلانية فهي أفكار مساعدة على التغيير (إليس،1963). وهكذا، فعندما ينجز الفرد البصيرة العاطفية فهو أو هي: فكر، يشعر، يتصرف وفقاً لأفكار ومعتقدات عقلانية. يوجد هناك نقطتان فيما يتعلق بمرحلة التقييم في العلاج العقلاني الانفعالي هما:

أولا: يجب أن ينتبه المعالجون إلى المشكلات في كلا المساحتين (الأنا، والاضطراب المزعج) (Ego، discomfort disturbance) يوجد في الحقيقة تفاعل بين هاذين المجالين، والمطلوب من التقييم الدقيق فصل كل منهما عن الآخر.

ثانياً: يولي أطباء (RET) اهتماماً خاصاً للطرق الأخرى التي يحاول فيها البشر المحافظة على مشكلاتهم النفسية، فيقيمون هذه المشكلات بدقة في مرحلة العلاج.

لذلك، يحاول البشر الدفاع عن أنفسهم ضد كل ما يهدد الأنا والشعور بالراحة لديهم، والمعالجون مدركون لهذا العمل الدفاعي فيساعدون العملاء على تحديد الأفكار غير العقلانية التي تبطن التصرفات غير الفعالة عندهم. بالإضافة

إلى ما سبق، تستمر المشكلات النفسية أحياناً بسبب تعريف الأفراد لنتائج هذه السرمدة كدفاعات (pay offs)، لأن الإبقاء على المشكلات على حد اعتقاد العملاء أفضل من مواجهته وحلها. لذلك تتطلب مثل هذه الدفاعات تقييماً دقيقاً واستخداماً لاستراتيجيات علاجية فعالة.

الاستراتيجيات العلاجية في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

يوجد هناك شكلان للعلاج العقلاني الانفعالي: المميز المفضل والعام (Preferential and General). فالعلاج العقلاني الانفعالي العام مترادف مع العلاج المعرفي السلوكي (CBT). بينما الشكل المميز فهو الفريد من نوعه ضمن عدد من الاعتبارات الهامة. وبما أن الهدف الرئيسي لهذا الكتاب هو تقديم الخصائص المميزة للعلاج العقلاني الانفعالي، فسوف يكون التأكيد هنا على الشكل التفضيلي لهذا العلاج (على الرغم من أنه سيلاحظ أن معالجي العلاج العقلاني الانفعالي يستخدمون بشكل روتيني استراتيجيات مشتقة من كلا الشكلين إن الهدف الأساسي للعلاج المفضل هو تشجيع العملاء على تكوين فكري (فلسفي) أساسي في كلا النطاقين اضطراب الأنا، الاضطراب المزعج. ويتضمن هذا مساعدة العملاء قدر الإمكان على التخلص من عمليات التفكير المطلقة وغير العقلانية واستبدالها بعمليات التفكير النسبية والعقلانية، وهذا ما تم مناقشته في الفصل الأول.

ويوجد أيضاً أهداف عديدة للعلاج العقلاني الانفعالي المفضل منحاها مساعدة العملاء على متابعة العمل والتفكير لتحقيق أهدافهم وغاياتهم في الحياة، وعلى قبول ذواتهم وتحمل ظروف الحياة غير المريحة وصعبة التغيير. وهكذا يعمل المعالجون RET بجد لمساعدة العملاء على اكتساب المهارات التي يمكن استخدامها لتجنب تطور الاضطراب المستقبلي.

وهناك العديد من الاستراتيجيات التي يطبقها المعالجون لتشجيع العملاء على الإنجاز والإبقاء على هذا التغيير الفكري الأساسي. والتي تساعدهم على إدراك وفهم:

1. أن للاضطرابات الانفعالية والسلوكية حالات معرفية سابقة، حيث تأخذ هذه الإدراكات أو المعارف شكل التقييمات والأفكار المطلقة. لذلك يعمل المعالجون على تدريب العملاء على ملاحظة ومراقبة اضطراباتهم النفسية وإرجاعها إلى أصولها الإيديولوجية.
2. إن للبشر درجة واضحة من حرية الإرادة، وهكذا يكون بإمكانهم الاختيار والعمل التي تساعدهم على حمايتهم من الاضطراب. كما يتبين للعملاء أنهم ليسوا عبيداً لعمليات تفكيرهم غير العقلاني والمنسوبة إلى أساس بيولوجي.
3. بإمكان البشر تحقيق وإنجاز اختياراتهم، رغباتهم، وحريتهم المطلقة من خلال العمل بنشاط وفاعلية على تغيير أفكارهم ومعتقداتهم الحتمية وغير العقلانية وينجز هذا العمل من خلال تطبيق الطرق المعرفية، والانفعالية، والسلوكية وذلك بطريقة نشطة وفعالة.

هذا، ويستخدم المعالجون مع غالبية العملاء ومن الجلسة الأولى وما يليها من الجلسات استراتيجيات مصممة خصيصاً للتأثير في التغير الفكري الأساسي. حيث يبدأ المعالج المرحلة العلاجية بافتراض أن هذا العميل ربما يكون قادراً على إنجاز مثل هذا التغيير، وهكذا يبدأ بالشكل التفضيلي للعلاج الذي سيتم تركه بعد جمع معلومات كافية تساعد على رفض الفرضية الأولية. وترتكز وجهة النظر هذه على فكرة أن استجابة العميل للعلاج هي أفضل مؤشر لتحسنه. وعندما يتضح أن العميل غير قادر على إنجاز التغير الفكري سواء في القضايا الشخصية أو العامة منها، يتحول المعالج إلى الشكل العام للعلاج العقلاني الانفعالي ويستخدم طرق ذات تأثير على التغير الاستنتاجي المرتكز على السلوك(التغير السلوكي)، مثالاً على ذلك: امرأة متوسطة في العمر، متزوجة تشعر بالغضب كلما اتصل بها والدها

الهرم واستفسر قائلاً: ماذا تعملين؟ وتعتبر استفساره هذا تعدٍ فظ على خصوصيتها وتلح بشكل مطلق أن لا حق له بفعل ذلك.

وهنا، بدأ المعالج بالشكل التفضيلي للعلاج RET، بمحاولة لدحض الأفكار المطلقة الثابتة للعميل وحاول مساعدتها على إدراك أنه لا يوجد هناك قانون يمنع والدها من فعله، وعندما واجه المعالج المقاومة بشكل مباشر من العميل، استمر بدحض أفكارها ولكن بدون جدوى.

بعد ذلك غيّر المعالج شكل العلاج حيث اتجه إلى الشكل العام باستراتيجيته التي صممت لمساعدة العميل على توجيه الأسئلة والاستفسارات حول ما استنتجته أن والدها يعتدي على خصوصيتها، فاستفسر المعالج منها، ألم يكن من المحتمل أن سؤال والدك لك هو طريقة عادية يستهل فيها مكالمته الهاتفية أكثر من رغبة في التطفل والتدخل بأمورك الشخصية؟

لقد أثبت هذا السؤال نجاحه لأنه عمل على إخماد غضب العميل، حيث بدأت المرأة تعيد تفسير انفعالات والدها. لم تواجه هذه الاستراتيجيات نجاحاً بعد ذلك، حيث صعب على المعالج مساعدة العملاء على التخلص من أفكارهم الحتمية وغير العقلانية! لكن يوجد هناك بعض العملاء ممن هم عرضة لإعادة تقييم أفكارهم المريضة بعد مساعدتهم على تصحيح استنتاجاتهم المشوهة. ومن الواجب علينا القيام ببحوث حول هذا الموضوع وخاصة إذا أردنا الإجابة عن السؤال التالي:

ما الإستراتيجية الأكثر ملائمة ولأي من العملاء وفي أي مرحلة من العلاج؟

في غضون ذلك، من المهم ملاحظة أن المعالجين – إذا اتبعوا مبادرتنا – هم الفريدون الذين يحاولون تغيير الأفكار المطلقة للعملاء ودحضها في مرحلة مبكرة من العملية العلاجية، وذلك إذا ما قورنوا بأطباء العلاج المعرفي السلوكي. فروق أخرى بين الشكل التفضيلي والشكل العام للعلاج العقلاني الانفعالي سوف يتم مناقشتها في نهاية هذا الفصل.

تقنيات الرئيسية في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

تمثل هذه النظرية الشكل الرئيسي للطريقة الاصطفائية (Eclecticism) المعروفة بـ (الطريقة الاصطفائية المثبتة نظرياً) (Theoretically Consistent Eclecticism) (درايدن، 1987) والتقنيات مأخوذة من الأنظمة العلاجية ولكنها موظفة لأهداف ثابتة وأساسية في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي.

إن المعالجين واعين كفاية لآثار التقنيات العلاجية سواء البعيدة المدى أو القريبة المدى. وإنه لمن النادر لهم أن يستخدموا تقنية ذات أثر حالي فقط ولها نتائج مؤذية فيما بعد. وهكذا، يوظف المعالجون(RET) عدداً كبيراً من التقنيات المعرفية، الانفعالية، والسلوكية، ولكن سيناقش هنا ما هو أساس منها. ومما سيتم ملاحظته هو أن كل التقنيات التالية تحتوي على عناصر معرفية، وانفعالية، وسلوكية. وأهم هذه الفنيات هي التالية:

أولاً: التقنيات المعرفية Cognitive Techniques

تُعد تقنية دحض الأفكار غير العقلانية (Disputing of Irrational Beliefs) من التقنيات الأكثر شيوعاً وتطبيقاً من قبل معالجي RET ومع الأغلبية من مرضاهم. ويوجد هناك ثلاثة أصناف فرعية للدحض:

1. الاكتشاف: Detecting ويتألف من البحث والاستقصاء عن الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وخاصة الحتميات Musts (يجب، ينبغي، ومن المفروض) التي تقود إلى هدم الذات.
2. المناقشة أو التفكير: Debating وتتألف من عدد من الأسئلة يوجهها المعالج للعميل بحيث تساعده على التخلص من أفكاره غير العقلانية. ومثالاً على هذه الأسئلة: أين الإثبات على..... ؟ بأي طريقة يمكن معرفة صحة أو زيف هذا المعتقد ؟ وما الذي يجعله كذلك ؟ يستمر المعالج بطرح مثل هذه الأسئلة حتى يسلم العميل بزيف معتقده غير العقلاني، ويعترف بصحة بديله العقلاني.

3. التمييز: Discriminating ويتضمن مساعدة المعالج للعميل ليكون قادراً على التمييز بوضوح بين أفكاره أو تقييماته غير المطلقة النسبية (رغباته، وتفضيلاته، وأمانيه،......) وتقييماته المطلقة الحتمية (حاجات، ومطالب، وأوامر،......).

إن المعالجين وفقاً لهذا الأسلوب العلاجي مبدعين في مجال استخدامهم لهذه التقنية (تقنية الدحض).

وهنا يوجز إليس عناصر من تقنية DIBS دحض الأفكار غير العقلانية، من خلال مايلي:

السؤال (1): ما هو المعتقد غير العقلاني الذي أرغب بدحضه والتخلي عنه؟

الجواب: يجب أن أكون مؤثرة بحيث تشبع رغباتي الجنسية كأغلب النساء الأخريات.

السؤال (2): هل أستطيع دعم ومساندة هذا المعتقد عقلانياً؟

الجواب:..

السؤال (3): ما هو الدليل على صحة هذا المعتقد؟

الجواب:..

السؤال (4): ما هو الدليل على زيف معتقدي بأنه يجب أن أتصف بالعربدة كغيري من النساء؟

الجواب:..

السؤال (5): ما هي الأمور السيئة التي يمكن أن تحدث لي إذا لم أنجز هزة الجماع Orgasm التي أظن أنه من الواجب على إنجازها؟

الجواب:..

السؤال (6): ما هي الأمور الحسنة التي يمكن أن تحدث لي إذا لم أنجز ذروة هزة الجماع التي أظن أنه من الواجب عليَّ إنجازها؟ (إليس، 1979، 79– 80)

ويعدُّ دحض الأفكار غير العقلانية واحداً من الأمثلة على الفروض المنزلية التي تعطى للعملاء بين الجلسات العلاجية. بالطبع بعد تدريب العملاء على كيفية استخدامهم، وهناك أمثلة أخرى الهدف منها هو التزويد بإطار عمل واضح للعملاء بحيث يساعدهم على القيام بعملية الدحض بأنفسهم.

لذلك، يمكن للعملاء أن يستخدموا أشرطة كاسيت مسجلة كوسيلة مساعدة في عملية الدحض، فيستمعون للأشرطة التي تحتوي على جلسات علاجية، وأيضاً من الممكن أن لهم أن يدحضوا أفكارهم غير العقلانية على الشريط. فمثلاً قد يبدؤون حواراً بين أفكارهم العقلانية وغير العقلانية. حيث يساعد العملاء الذين لا يمتلكون المهارات الفكرية الضرورية لإنجاز عملية الدحض المعرفي، وعلى تطوير الحالات العقلانية للذات من خلال عبارات تكتب على بطاقات ويطلب من العملاء حفظها أو تكرارها من وقت لآخر بين الجلسات. مثالاً على ذلك طبق مع أحد العملاء:

"إذا كان وزني الزائد شيء غير جيد فهذا لا يعني أنني شخص سيء"

"تناولي الطعام بشكل مفرط يجعلني ثقيلاً جداً، وهذا خطأ، ولكن بإمكاني إصلاح هذا الخطأ والحصول على نتائج أفضل"

يقدم المعالجون في أغلب الأحيان ثلاث طرق معرفية لمرضاهم وذلك لمساعدتهم على تعزيز التفكير العقلاني الجدي، وهذه الطرق هي:

1. العلاج بالقراءة Bibliotherapy حيث يقدم للعملاء كتب ومواد مساعدة ليقرؤوها ويلخصوها.
2. الاستماع إلى الأشرطة المسجلة التي تحتوي على محاضرات في العلاج العقلاني الانفعالي حول أفكار متنوعة (إليس، 1971، 1972، 1976).
3. استخدام العلاج العقلاني الانفعالي مع الآخرين، حيث يستخدم العملاء RET لمساعدة أصدقائهم وأقربائهم في حل مشكلاتهم، فيكتسبوا بذلك خبرة وممارسة في استخدام المناقشات العقلانية (إليس وأبراس، 1978).

وهناك عدد من الطرائق لها علاقة بطريقة التعبير عن الأفكار والانفعالات منها:

1. تقنيات التحديد أو التعريف Defining Techniques : هدفها مساعدة العملاء على استخدام لغة وألفاظ بطريقة تقلل من هدم وهزيمة الذات. فبدلاً من قول "لا أستطيع........" يمكن قول "ليس بعد..........."، "لا أستطيع الاستمرار"، " "لم أنته بعد، سأحاول".
2. تقنيات الإشارة Referenting Techniques : يشجع العملاء على صياغة قائمة تحتوي على الجوانب الإيجابية وكذلك السلبية حول مفهوم ما مثل (التدخين)، حيث يتم التأكيد على الجوانب الإيجابية لعادة ضارة مثل التدخين أو الإدمان وإهمال الجوانب السلبية لها.

وبناء على ذلك، يوظف المعالجون العقلانيون عدداً من التقنيات التي تعتمد على التخيل. مثل التخيل العقلاني الانفعالي (إليس 1979، مولتسباي وإليس 1974) يكتسب العملاء بواسطتها الممارسة في تغيير انفعالاتهم السلبية غير الملائمة إلى انفعالات ملائمة. فمثلاً يتخيل الشخص العميل نفسه في موقف الانفعال وكأنه حقيقة، ويحاول التعلم على تغيير أفكاره السلبية حول الحدث وبذلك يخفف من الانفعالات الهادمة للذات. بالإضافة لما سبق، هناك طرق التخيل الموقوت (Time Projection Imagery) التي تطبق أيضاً في RET.

وهكذا، ربما يدرك العميل أن وقوع حدث ما سيكون مؤلماً، بدلاً من مواجهة هذا التفكير غير العقلاني مباشرة. في هذه المرحلة، يساعد المعالج العميل على تصور ما قد تكون عليه مواقف الحياة بعد وقوع الحدث المؤلم والمروع. وبهذه الطريقة، سوف يساعد العميل بشكل مباشر على تغيير أفكاره غير العقلانية لأنه أدرك أن الحياة ستستمر حتى بعد وقوع أحداث مؤلمة.(تخيل الحدث ونتائجه قبل وقوعه)، وعندها يصبح العميل على يقين أنه سيواجه الأحداث الصعبة ويتغلب عليها، ويواصل حياته ويستمر بالعمل لإنجاز أهدافه. علاوة على ذلك، تشجع مثل هذه الإدراكات العميل على إعادة تقييم أفكاره غير العقلانية ومحاولة استبدالها بالعقلانية منها. أخيراً، هناك عدد من أطباء العلاج العقلاني الانفعالي الذين يستخدمون التنويم المغناطيسي بنجاح في العملية العلاجية.

نموذج مساعدة الذات Self Help Form، ويتضمن مايلي:

1. الأحداث المنشطة: الأفكار أو المشاعر التي صادفت تماماً قبل أن شعرت بأنني مضطرب انفعالياً، أو تصرفت بشكل هادم لذاتي.
2. الأفكار: المعتقدات غير العقلانية التي قادت إلى شعوري بالاضطراب وسلوكي غير العقلاني ضع دائرة حول الأحداث التي تعتبرها أحداث منشطة وسبب لهذه النتيجة.
3. النتيجة أو العواقب: شعور بالاضطراب، سلوك بهزيمة الذات – هذا ما صدر مني وأرغب بتغييره.
4. نقاشات Disputes: نقاشات لكل مجموعة من الأفكار غير العقلانية.

أمثلة على ذلك :

. لماذا يتوجب عليّ العمل بشكل جيد جداً؟
. أين كتب أنني شخص سيء؟
. أين الإثبات على أنه من المفروض أن أكون مقبولاً ومؤيداً من قبل الآخرين؟

5) الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار غير العقلانية: أمثلة على ذلك:

- أفضل العمل بشكل جيد لكن لا شيء يرغمني على ذلك.
- أنا شخص أتصرف بسوء، لكن هذا لا يعني أنني رجل سيئ
- لا يوجد دليل على حتمية قبولي من قبل الآخرين، ومع ذلك أنا أرغب بذلك
- يجب أن أعمل بشكل جيد أو بشكل جيد جداً .
- أنا شخص سيئ أو غير كفء، عندما أتصرف بسوء أو بضعف.
- يجب أن أكون مقبولاً ومؤيداً من قبل الآخرين، وهذا شيء مهم جداً!
- أنا شخص سيئ وغير محبوب وخاصة إذا كنت مرفوضاً .
- يتوجب على الناس معاملتي بلطف وإشباع حاجاتي!
- الناس الذين يتصرفون بشكل غير أخلاقي هم أناس فاسدون!
- يجب أن يكون الناس موافقين لتوقعاتي وإلا سيكون شيئاً فظيعاً إذا حدث عكس ذلك.
- يجب أن أواجه بعض المشاكل في حياتي.
- لا أستطيع في الحقيقة تحمل الأمور السيئة أو الناس المعقدين.
- إنه لمن المريع أن تعاكسني الأمور التي أعتبرها أساسية في حياتي.
- لا أستطيع التحمل والصمود عندما تكون الحياة غير عادلة معي.
- أحتاج أن أكون محبوباً من قبل شخص ذو أهمية كبيرة في حياتي.
- أحتاج إلى قدر كبير من المسرة والرضا وسأكون يائساً في حال عدم الحصول على ما أحتاج.

معتقدات غير عقلانية إضافية:

15	
16	

6) المشاعر والتصرفات التي انتابتني بعد وصولي إلى أفكاري العقلانية الفعالة:

سوف أعمل بكد وجد على تكرار أفكاري العقلانية الفعالة لمنح نفسي القوة في عدة مناسبات، وهكذا أستطيع تحصين ذاتي من الاضطراب الآن ومن السلوكيات الهادمة لها في المستقبل.

ثانياً: التقنيات الانفعالية Emotive Techniques

واجهت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي انتقاداً لإهمالها الجوانب الانفعالية في العلاج النفسي. لكن هذا غير صحيح، فالمعالجون RET يوظفون العديد من التقنيات الانفعالية أثناء العلاج، وهذا ما تم معرفته من خلال المعلومات السابقة. حيث يعملون بدأب على قبول مرضاهم بشكل غير مشروط بغض النظر عن سلوكهم السلبي، وعلى أنهم بشر غير معصومين عن الخطأ ويساعدونهم على تغيير سلوكهم السلبي واستبداله بما هو إيجابي. ويستخدمون تقنيات انفعالية متنوعة مصممة لمساعدة العملاء على تحدي وتغيير أفكارهم غير العقلانية، ومن هذه التقنيات:

1. الطرق الفكاهية Humorous Methods التي تشجع العملاء على التفكير العقلاني والابتعاد ولو قليلاً عن النظر إلى الأمور بشكل جدي (إليس، 1977).
2. الكشف عن الذات Self–disclosure التي لا يتردد فيها المعالجون عن تقديم نموذج لتفكيرعقلاني من خلال الاعتراف بأنهم بشرٌ يواجهون مشاكل مشابهة لتلك التي يواجهها العملاء، ويظهرون مقدرتهم على

التغلب على هذه المشكلات بواسطة العلاج العقلاني الانفعالي. مثالاً على ذلك:

أخبر، دريدن Dryden العملاء دائماً أنني اعتدت على الشعور بالخجل والحياء بسبب اللعثمة التي أعاني منها. لكن عملت بكد لقبول نفسي هكذا رغم الإعاقة اللفظية، وأجبرت ذاتي على تحمل هذا القلق وخاصة عندما أخطب بالعامة من مناسبة لأخرى.

3. يستخدم معالجو RET عدداً من القصص، والشعارات،والأمثال، والنكت اللطيفة، القصائد، والحكم كوسائل مساعدة للتقنيات الانفعالية (وسلر، 1980).
4. الأغاني الفكاهية التي تحتوي بين سطورها على أفكار عقلانية مصاغة بشكل مرح وقابل للرسوخ في الذاكرة (إليس، 1977)، وهنا مثال على أغنية طريفة (حفظ الله الملكة God Save The Queen).

ربي أحفظني من الكآبة

أرسل لي حياة صافية ساكنة

احمني من الأمور البغيضة

هبني حياةً كريمةً شجية

وإذا كانت الأمور شاقة جداً

سأئن وأنحب وأصرخ صرخة قوية!

أشار إليس في بحث هام إلى استخدام القوة والطاقة في تطبيق العلاج النفسي. (إليس، 1979)، فالعلاج العقلاني الانفعالي هو العلاج الفريد من نوعه بين العلاجات المعرفية – السلوكية في تأكيده على استخدام مثل هذه الجلسات العلاجية التي تتضمن مشاعر وانفعالات العملاء. وهكذا يقترح معالجو RET أن باستطاعة العملاء مساعدة أنفسهم على الانتقال من التبصر الفكري إلى التبصر الانفعالي، وذلك من خلال الدحض القوي لأفكارهم ومعتقداتهم غير العقلانية. وتطبق القوة من قبل العملاء عند لعب الدور العقلاني المضاد Rational Role Reversal حيث يلعب العميل دور الذات العقلانية التي هدفها هو دحض الأفكار غير العقلانية الهادمة للذات. ويمكن أن تلعب القوة والطاقة دوراً ذا معنى في العلاج العقلاني الانفعالي عند استخدام تقنية التمارين المهاجمة للخجل Sham– attacking Exercise (إليس، 1969 ؛ إليس وبيكر، 1982)

ويحاول العملاء هنا وبشكل مقصود التصرف بطريقة يشعرون معها بالخجل، وذلك لكي يقبلوا أنفسهم ويتحملوا القلق الناتج عن هذا السلوك. وبما أن العملاء بإتباعهم لهذه التقنية لا يؤذون أنفسهم ولا الآخرين معهم؛ فتصرفاتهم هذه هي مخالفات ثانوية ليست على قدر من الأهمية للقواعد الاجتماعية، وتعد تمارين ملائمة مهاجمة للخجل مثل (ارتداء ملابس شاذة غريبة مصممة لتلفت انتباه الآخرين، أو الدخول إلى مخزن لبيع الخردوات (الأدوات المعدنية) والسؤال عن التبغ).

وهناك تقنية أخرى تدعى تمارين تتطلب المجازفة Risk– taking Exercises، وهنا يجبر العملاء أنفسهم على القيام بمجازفات مضمونة النتائج، وذلك في المجالات التي يرغبون بإحداث تغيير فيها وبالتالي يتم دحض الأفكار غير العقلانية عندهم. مثال وذلك: تغلب إليس على الاضطراب الذي ينتابه عند الاقتراب من النساء، وذلك بدفع نفسي للتحدث مع مئة امرأة في حديقة برونكس Bronx Garden.

أما دريدن فدفع نفسه للتحدث في الإذاعة الوطنية المحلية وهذا كجزء من الحملة التي ستساعده في التغلب على الاضطراب الذي ينتابه عندما يخطب بالعامة (بسبب اللعثمة) وهكذا وجد كل من(إليس، دريدن) نتيجة هذه المجازفات أن لا شيء يستحق الاضطراب الذي كنا نشعر به وقد أُثبت هذا بالتجربة.

ثالثاً: التقنيات السلوكية Behavioral Techniques

أكدت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على استخدام التقنيات السلوكية (وخاصة الواجبات المنزلية النشطة Homework Assignments) منذ نشوءها في عام 1955 وذلك لأنها تحققت من أن التغيّر المعرفي Cognitive Change يصبح أكثر سهولة إذا أرفق بالتغيّر السلوكي. وبما أن معالجي RET مهتمين بمساعدة العملاء على رفع مستوى التحمل لديهم، فهم يشجعونهم على تنفيذ مجموعة من الواجبات المنزلية النشطة التي ترتكز على نماذج التنشيط الحسي أكثر من تلك التي تعتمد على نماذج ضعف الحساسية التدريجي. لكن هناك بعض العملاء ممن يرفضون القيام بمثل هذه الواجبات، عندها يتفاوض المعالجون مع مثل هؤلاء العملاء على حلٍ وسط مشجعين إياهم على القيام بمهام تضعهم في موقف مبارزة أو تحد (دريدن، 1985).

هناك تقنيات سلوكية تطبق دائماً في العلاج العقلاني الانفعالي منها:

1. نشاطات التحمل والبقاء: وهذه التقنية يظهر فيها العميل متحملاً صابراً على الاضطراب المزمن، وذلك من خلال البقاء في الحالات المثيرة للقلق لفترة طويلة من الزمن. أي يتعلم التحمل ومواجهة حالته الراهنة.
2. تمارين عدم التأجيل أي التمارين المنشطة: حيث يشجع فيها العملاء على دفع أنفسهم لبدء المهمات والواجبات المنشطة في وقتها وعدم تأجيلها، انطلاقاً من مبدأ (لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد).
3. المكافآت والعقوبات Rewards and Penaltiesوالتي تستخدم في تشجيع

العملاء على القيام بالواجبات الصعبة التي تساعدهم على تحقيق أهدافهم وغاياتهم بعيدة المدى (إليس، 1979) أما العقوبات الصعبة فتوظف لتكون وسائل مساعدة في التعامل مع العملاء العسيرين (الرافضين دائماً).

4. طريقة كيلي في العلاج القائم على لعب الدور العقلاني: تطبق هذه الطريقة أحياناً في العلاج العقلاني الانفعالي وفيها يشجع العملاء على التصرف كما لو أنهم عقلانيين، وذلك يجعلهم قادرين على إدراك أن التغيير في السلوك والتفكير أمر ممكن وليس مستحيل. بالإضافة إلى ما سبق، يوجد هناك طرق سلوكية أخرى تطبق في RET التفضيلي والعام (مثل المهارات التدريبية بأنواعها المختلفة) عندما تستخدم هذه الطرق في الشكل التفضيلي للعلاج فهي تشجع على التغيّر الفكري، بينما عندما تستخدم في الشكل العام للعلاج فإنها تعلم العملاء المهارات التي يفتقدون لوجودها في مجموعتهم. وأيضاً تساعد المهارات التدريبية العملاء على دحض أفكارهم غير العقلانية.

رابعاً: التقنيات المتجنب استخدامها في العلاج العقلاني الانفعالي:

من الآن سيكون واضحاً أن العلاج العقلاني الانفعالي هو نموذج متعدد الأشكال يؤيد تطبيق واستخدام التقنيات المعرفية، والانفعالية والسلوكية، لكن بما أن اختيار التقنيات العلاجية يحدد بوساطة نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، فإن هذه النظرية تدعو إلى تجنب مجموعة من التقنيات أو استخدامها بشكل ضئيل. ومن هذه التقنيات القليلة الاستخدام أو المتجنبة نذكر ما يلي:

1. التقنيات التي تجعل العملاء أناس اتكاليين، مثل: الدماثة المفرطة للمعالج في تعامله مع العملاء، وهذا يزيد من فترة العلاج كما يزيد من اضطراب العملاء وقلة تحملهم للصعوبات.
2. التقنيات التي تشجع العملاء ليكونوا أكثر سذاجة، وتأثراً بالإيحاءات، مثل: التفكير الإيجابي الذي يقود إلى التفاؤل المفرط.
3. التقنيات الطويلة المدة وغير الفعالة، مثل: طرائق التحليل النفسي، والتداعي

الحر الذي يحث العملاء على تقديم وصفاً طويلاً للأحداث المنشطة).

4. الطرائق التي تساعد الناس على الشعور بالراحة والطمأنينة في الوقت الحاضر بدلاً من امتداد هذه الراحة إلى المستقبل، مثل بعض التقنيات التجريبية التي يعبر فيها الفرد ملياً عن مشاعره بطريقة درامية، بالإضافة إلى ذلك هناك طرائق المنهج الجشتالتي والتقنيات التقليدية (البدائية) التي تشجع الناس على امتلاك أفكار غير عقلانية ضمن إطار من المشاعر والانفعالات مثل الغضب).
5. التقنيات التي تصرف انتباه العملاء عن العمل لتغيير أفكارهم غير العقلانية، مثل: طرق الاسترخاء، واليوغا، والطرق المعرفية التي تعتمد على وسائل التسلية في العلاج. ومن الممكن أن تطبق مثل هذه الطرق في الدحض المعرفي المصمم لإحداث تغيير فكري.
6. التقنيات التي تعزز بشكل غير مقصود تفكير العملاء الذي يقود إلى تحمل قليل للإحباط، مثل التحصين التدريجي.
7. التقنيات التي تتضمن فلسفة أو تفكير غير علمي كالإيمان الورع بالشفاء، والتصوف.
8. التقنيات التي تعمل على تغيير المثير (الحدث المنشط) قبل أو بدون إظهار قدرة على العملاء على تغيير أفكارهم ومعتقداتهم غير العقلانية حول هذا المثير.
9. التقنيات المشكوك في صحتها، مثل برامج الأمراض العصبية.

أخيراً، بما أن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي هي نظرية تقوم على مبدأ النسبية فهي لا تمنع استخدام الطرق السابقة بشكل مطلق. فمن الممكن للمعالجين أن يستخدموا بعض هذه الطرق مع بعض الحالات المرضية، خاصة تلك التي تقوم على نتائج حتمية مطلقة مثلاً إذا كانت تقنية الإيمان الورع بالشفاء Faith Healing هي الطريقة التي ستمنع العملاء من إيذاء أنفسهم، عندها لا يمتنع الأطباء عن استخدامها.

التغلب على العقبات التي تواجه تقدم العميل:

عندما تطبق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بشكل فعال، وعندما يحضر العملاء لتحقيق مفاهيم هذه النظرية بشكل مستمر، عندها ستستطيع إنجاز نتائج ملحوظة. ولكن يوجد هناك عقبات متنوعة تواجه تقدم العميل في تطبيق العلاج (RET)، ولكن في الحقيقة لا تواجه العقبات هذا النوع فقط من العلاج وإنما أشكال أخرى منه أيضاً. ولدينا هنا ثلاثة أشكال من العوائق التي تحدث في العلاج العقلاني الانفعالي:

- عقبات العلاقة بين المعالج والعميل.
- عقبات المعالج.
- عقبات العميل.

أ. العلاقة بين المعالج والعميل كعقبة في تقدم العميل:

تنسب مثل هذه العقبات أولاً إلى الانسجام الضعيف بين المعالج والعميل، وفقدان الانسجام في العلاقة يمكن أن يحدث لعدة أسباب منها : قد يكون المعالج بالنسبة للعملاء وحسب اختياراتهم الخاصة أو تفضيلاتهم ورغباتهم، إما شاباً جداً أو كبيراً جداً، متحرراً جداً أو متقيداً ومتحفظاً جداً، متفاعلاً جداً أو سلبياً جداً. وفي حال استمرار مثل هذه العقبات، فمن الأفضل للعميل أن يتحول إلى معالجٍ آخر بمواصفات مناسبة أكثر. ويمكن أن تحدث العوائق أيضاً، عندما يتقدم المعالج والعميل بشكل جيد جداً وينتابهم الذهول من مهام العلاج الدنيوية. التناقض في مثل هذه الحالات هو أنه إذا تحسن العميل، ستهدد العلاقة المرضية. وبالنتيجة، قد يحدث التآمر بين المعالج والعميل على تجنب العلاج كمحاولة فعالة كما يجب أن يكون فعلاً.

ويمكن التغلب على هذه المشكلة، إذا ساعد المعالج نفسه أولاً ثم العميل على التخلص من التفكير غير العقلاني (التحمل القليل للإحباط) المتضمن بين طيات هذه المؤامرة: مؤامرة على العملية العلاجية للحصول على المتعة الآنية.

ب. المعالج كعقبة في تقدم العميل:

يوجد هناك نموذجين لهذه العقبات:

1. عقبات المهارة الموجهة Skill– Oriented Obstacles
2. عقبات الاضطراب الموجه Disturbance– Oriented Obstacles

وعندما تنسب معوقات تقدم العميل إلى عجز أو ضعف في مهارة المعالج، فإن هذا يظهر في أشكال متنوعة، ومن الأمور الأكثر شيوعاً والتي تنسب إلى المعالج في إعاقة تقدم العميل:

1. إدخال العملاء في العلاج والفشل في تصحيح التوقعات غير الواقعية، مثل" معالجي سوف يحل مشكلاتي كلها وذلك لأجلي أنا".
2. التقييم الخاطئ لمشكلات العملاء والعمل على معالجة مشكلات غير موجودة عندهم أصلاً.
3. الفشل في الإظهار للعملاء أن مشكلاتهم ذات أصول إيديولوجية وأن العواقب C تحدد بالمعتقدات والأفكار B حول الأحداث المنشطة A. كما يفشل المعالج غير الخبير في الاستمرار باستراتيجية معينة سواء كانت فعالة أو غير فعالة.
4. الفشل في الإظهار للعملاء أن الأصول الإيديولوجية لمشكلاتهم يعبر عنها بشكل من الحتميات المطلقة أو على الأقل بواحد من الثلاث مشتقات لها (التي ذكرت سابقاً) بدلاً من قدرة المعالج غير الخبير على التمعن طويلاً في الأفكار غير العقلانية وغير التجريبية والعمل على تغييرها.

5. الافتراض بأن العملاء سوف يغيرون تلقائياً تفكيرهم المطلق حالما تعرفوا عليه. كما يفشل المعالج غير الخبير في دحض مثل هذه الأفكار غير العقلانية أو في استخدام طرق الدحض بشكل فعال. ويخفق أيضاً في :

أ. إعطاء العملاء واجبات نشطة تزودهم بفرص ليمارسوا عملية دحض أفكارهم غير العقلانية.

ب. تتبع العملاء أثناء تنفيذ هذه الواجبات وحثهم على الاستمرار.

ج. مساعدة العملاء في إدراك وتغيير المعوقات الفكرية التي تمنع استمرارهم في العمل على تغيير ذاتهم.

6. الفشل في استيعاب أن للعملاء مشكلات حول مشكلاتهم الأساسية، والعمل على معالجة المشكلة الأساسية وإهمال المشكلة الثانوية المتشكلة حولها.
7. التحول بشكل متكرر عن الذات إلى القضايا المثيرة للاضطراب، أي الاهتمام بالمثير فضلاً عن الاهتمام بذات العميل وأفكاره حول هذا المثير، وهذا مما يؤدي إلى اضطراب العميل وانشغاله عن معالجة أي مشكلة لديه.
8. العمل بشكل غير ملائم في تعلم إمكانيات العملاء، وهكذا يصبح العملاء بعيدين عن محور العملية العلاجية، وبسبب هذه الأمور، يفضل أن يعمل أصحاب العلاج العقلاني الانفعالي بكد لتحسين مهاراتهم، وذلك بإتباع نشاطات تدريبية مستمرة. (درايدن 1983، وسلر وإليس1980، 1983).
كما يمكن للمعالجين إعاقة تقدم العملاء عندما يدخلون اضطرابهم الشخصي في العملية العلاجية، لذلك أوجز إليس خمس أفكار رئيسية غير عقلانية تقود إلى ضعف علاجي، وهي:

- يجب أن أكون ناجحاً مع كل عملائي وفي كل الأوقات.
- يجب أن أكون معالجاً بارزاً، أفضل من المعالجين الآخرين الذين عرفتهم أو سمعت عنهم.
- يجب أن أكون مقدراً ومحبوباً من قبل كل العملاء.

- بما أنني أقوم بعملي على أكمل أوجه، وأبذل جهداً كبيراً في مهنتي كمعالج، يجب أن يعمل العملاء بالمقابل بجد ومسؤولية، ويجب أن يستمعوا لما أقوله بانتباه وحذر، كما يجب أن يدفعوا أنفسهم دائماً نحو التغيير.
- لأنني شخص أعمل بحق، يجب أن أكون قادراً على إمتاع نفسي من خلال الجلسات العلاجية واستخدام هذه الجلسات في حل مشكلاتي الشخصية بالقدر الذي أساعد فيه العملاء على حل مشكلاتهم.

في هذه الحالات، ينصح المعالجون بتطبيق مبادئ نظرية RET والطرق التي تساعدهم في دحض أفكارهم وأفكار عملائهم التي يمكن :

1. أن تمنعهم من مواجهة العملاء.
2. صرف نظرهم ونظر مرضاهم عن العمل العلاجي.
3. تعزيز قلق المعالج المفرط وغضبه.
4. تشجيع السلوك غير الملائم والمحرّم استعماله في المعالجة الأخلاقية الفعالة.

وللاستفادة من نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، يفضل أن ينجز العملاء المستويات الثلاثة للبصيرة، وهي:

1. يحدد الاضطراب النفسي بالأفكار المطلقة اللاعقلانية التي يحملها العملاء حول أنفسهم، والآخرين والمحيط من حولهم.
2. سبب الاضطراب في الحاضر هو تأصيل العملاء للأفكار اللاعقلانية التي اكتسبوها في الماضي.
3. يمكن للعملاء التخلص من الاضطراب ولو جزئياً عن طريق التفكير، الشعور، والتصرف ضد أفكارهم اللاعقلانية.

في دراسة قم بها إليس حول صفات العملاء الفاشلين في تطبيق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، انبثقت النتائج التالية:

أ. العملاء الذين لا يتفاعلون مع العلاج العقلاني الانفعالي، يفشلون في إنجاز عملية الدحض المعرفي وقد وصفوا بالاضطراب الشديد، والفخامة، ونقص في التنظيم، والرفض الصريح السهل للقيام بالواجبات النشطة الموكلة إليهم.

ب. العملاء الفاشلون، الذين رفضوا قبول مسؤوليتهم عن انفعالاتهم غير الملائمة، ورفضوا تغيير أفكارهم اللاعقلانية وتصرفاتهم اللامنطقية، كانوا أناس متصلبون، وأكثر يأساً، وأقل فعالية، وأكثر فخامة، وأكثر عناداً وتمرداً من العملاء الذين انتفعوا من العلاج العقلاني الانفعالي.

ج. أظهر العملاء الفاشلون في تحقيق التغير السلوكي تحملاً ضعيفاً للإحباط، إدماناً سلوكياً جدياً، حياة غير منظمة، كما أحجموا عن القيام بالواجبات النشطة التي تدخل ضمن العملية العلاجية وبالتالي أظهروا رفضاً للعلاج ككل.

وهكذا، يشكل الاضطراب الشديد للعملاء عائقاً ذا معنى في طريق تقدمهم العلاجي. لكن مناقشة الطرق والتقنيات الفعالة التي يمكن استخدامها مع مثل هؤلاء العملاء هي خارج مجال هذا الفصل (انظر إليس، 1985)، حيث بإمكان المعالجين تطبيق استراتيجيات تعزز الفعالية العلاجية مع هؤلاء العملاء الذين يسمون (بالزبائن الصعاب) Difficult Customer.

ومن بين الوسائل الأخرى أيضاً:

أولاً: ينصح المعالجون لأن يكونوا مشجعين دائماً في تفاعلاتهم العلاجية مع هؤلاء العملاء، مظهرين لهم مقدرتهم على التغير نحو الأفضل إذا حاولوا ذلك بنشاط وفعالية.

ثانياً: أن يكون المعالجين حكماء عقلاء، يظهرون دائماً للعملاء أنهم مقبولون بدون شروط مع كل مصاعبهم النفسية، وفي الحقيقة بإمكانهم هم (العملاء) قبول أنفسهم أيضاً بنفس الطريقة.

ثالثاً: يمكن أن يحقق المعالجون نجاحاً مع مثل هؤلاء العملاء الصعاب وذلك عندما يبينوا لهم أن رفضهم للعمل وللتجاوب مع العلاج لحل المشكلات سوف يقود إلى عواقب سيئة ومعاناة هم بغنى عنها.

رابعاً: ينصح المعالجون أن يكونوا مرنين كفاية في تجريب نطاق واسع من التقنيات العلاجية حتى غير المعتادة منها، وبذل جهود كثيرة لمساعدة مرضاهم العسيرين.

علاوة على ما سبق، من الأفضل لمعالجي العلاج العقلاني الانفعالي أن يكونوا ممثلين جيدين لنظامهم العلاجي وأن يقبلوا أنفسهم ويتحملوا عناء العمل مع العملاء الصعاب في فترة أدائهم للمهمة العلاجية.

وينتهي العلاج العقلاني الانفعالي عندما يحقق العملاء تقدماً ملحوظاً، وعندما يصبحون خبراء وبارعين في استخدام التقنيات العلاجية التي تساعدهم على تغيير أنفسهم. وهكذا فإن العملاء الذين أنهوا العلاج يجب أن يكونوا قادرين على:

1. الاعتراف بمسؤوليتهم عن انفعالاتهم غير الملائمة وتصرفاتهم اللامنطقية عندما يتعرضون لموقف ما.
2. اكتشاف الأفكار اللاعقلانية التي تشكل أساساً للانفعالات والتصرفات غير الملائمة.
3. التمييز بين الأفكار اللاعقلانية وبدائلها العقلانية.
4. تحد ونبذ هذه الأفكار اللاعقلانية.

5. دحض هذه الأفكار باستخدام طرق تغيير الذات، والمعرفية، والانفعالية، والسلوكية.

بالإضافة إلى ذلك، من المفيد أن ينظم المعالجون مجموعة من الجلسات المتوالية لكي يتابعها العملاء الذين أنهوا العلاج، وذلك ليشاهدوا تقدمهم في العلاج ولكي يكونوا مستعدين للتعامل مع أي أثر للعقبات وبنفس الوقت لدعم عملية التحسن.

الشكل التفضيلي للعلاج العقلاني الانفعالي مقابل الشكل العام:

لقد أشرنا في السابق إلى الفروق بين الشكل التفضيلي للعلاج العقلاني الانفعالي والشكل العام له (الشكل العام المرادف للعلاج المعرفي السلوكي). دعونا الآن ننهي هذا الفصل بالإشارة إلى الفروق بنوع من التفصيل.

مميزات الشكل التفضيلي للعلاج العقلاني الانفعالي:

1. يُعد التوكيد الفلسفي أو الفكري واحد من الميزات الرئيسية له والتي يفتقد لها العلاج المعرفي السلوكي CBT. وهكذا فهو يؤكد على أن البشر يقيمون أنفسهم، الآخرين، والعالم من حولهم بأفكار:

   أ. عقلانية، وتفضيلية، ومرنة، ومتسامحة.

   ب. غير عقلانية، مطلقة، متصلبة، غير متسامحة.

2. ذات نظرة وجودية- إنسانية- وهي ميزة جوهرية فيه- ومحذوفة من معظم طرق العلاج المعرفي السلوكي، وهكذا فهو يرى البشر كصورة شاملة، أفراد موجهون بأهداف معينة يدركون أهمية العالم والحياة فقط لمجرد أنهم بشر وأحياء. كما يتقبل هؤلاء البشر بما لديهم من حدود ويركز على تجاربهم وقيمهم آخذاً بالاعتبار إمكاناتهم الذاتية. يشترك أيضاً مع وجهات نظر الحركة الإنسانية الأخلاقية، وذلك بتشجيع الناس للاهتمام بالمصلحة

البشرية (الذات والحياة الاجتماعية) وتفضيلها على مصالح الآلهة، والأهداف المادية وغيرها...

3. تفضيل العمل لإحداث تغيير طويل الأمد بدلاً من العمل لأجل تغيير عرضي.
4. يحاول مساعدة الناس على التخلص من تصنيفات الذات، والمفاهيم التي تقود إلى هدمها والقبول المشروط لها، ويعلمهم بالمقابل القبول غير المشروط للذات.
5. يُعد أن الاضطراب النفسي هو انعكاس لموقف الناس الجدي جداً من الحياة، لذلك فهو يؤيد الاستخدام المناسب للطرق العلاجية الفكاهية المسلية.
6. يؤكد على استخدام الطرق النسبية (غير المطلقة) أكثر من طرق الدحض غير التجريبي وغير الاختباري، وبما أنه (الشكل التفضيلي لـ RET) يعتبر أن التشويهات الاستنتاجية تنشأ على الأغلب من أفكار حتمية مطلقة (يجب- يفترض- ينبغي)، فإنه يفضل الاتجاه إلى المركز الفكري (الفلسفي) للاضطراب العاطفي أو الانفعالي ودحض الأفكار غير العقلانية في هذا المركز بدلاً من الدحض غير التجريبي للاستنتاجات والذي يعد دحضاً خارجياً للأفكار، كما يدعم الشكل التفضيلي لـ RET استخدام الدحض التجريبي المنطقي والفعال للأفكار اللاعقلانية بدلاً من التوجيه مباشرة إلى العقلانية، ويشجع كلما ناسبت الحالة على تعليم العملاء كيف يكونون علماء أنفسهم بدلاً من الحفظ والتكرار الأعمى كالببغاء للأفكار العقلانية التي يغرسها المعالج في أذهانهم.
7. يشجع على استخدام الطرق المعرفية المسكنة المخففة، لكن ليس بكثرة، والتي تسهم في إبعاد العملاء عن الأفكار المسببة للاضطراب، مثل جلسات الاسترخاء.

ويؤكد الشكل التفضيلي لـ RET أن مثل هذه التقنيات ربما تساعد العملاء على التحسن لكن بشكل مؤقت وآني ولا تفيد في العلاج طويل الأمد، لأنها لا تساعد على تغيير الأفكار غير العقلانية التي هي أساس للمشكلات النفسية. في الحقيقة، قد يكون استخدام التقنيات المسكنة صعب مع العملاء الذين يود المعالج إشغالهم فكرياً لدحض أفكارهم غير العقلانية، وذلك لأن الأشخاص الذين يكونون

في حالة هدوء واسترخاء يفضلون البقاء دون تفكير بعكس أولئك المندفعين بآلامهم العاطفية. ولهذه الأسباب يستخدم هذا الشكل من العلاج العقلاني الانفعالي طرق حل المشكلات والتدريب المهاري جنباً إلى جنب وليس عوضاً عن تعليم الأشخاص العمل لفهم وتغيير أفكارهم اللاعقلانية.

8. يعطي دوراً تفسيرياً مركزياً لمفهوم قلق (إزعاج) الحصر النفسي في الاضطراب النفسي، وهذا غير ما يقوم به أصحاب العلاج المعرفي السلوكي.

ويعرف قلق الحصر النفسي بفرط ضغط الدم الشرياني الناتج عن الانفعالات Emotional Hypertension والذي يرتفع عندما يشعر الأفراد بـ :

أ. أن حياتهم وراحتهم النفسية مهددة.
ب. أنه يجب عليهم ألا يشعروا بالقلق وأنه من المفروض أن يشعروا بالطمأنينة والسعادة.
ج. أنه من المؤلم ومن المريع ألا يحصلوا على ما هو مفروض الحصول عليه.

بينما يعرف أطباء العلاج المعرفي السلوكي بعض الأمثلة الخاصة عن قلق الحصر النفسي بـ (الخوف من الخوف)، كما يتجهون إلى تقييم قلق الاضطراب على أنه متضمن بشكل أساسي في المشكلات النفسية. وهذا ما يعرف عن الشكل التفضيلي لـ RET.

9. يؤكد، أكثر من الطرق الأخرى في العلاج المعرفي السلوكي، على أن البشر يجعلون أنفسهم مضطربين حول اضطراباتهم الأصلية (اضطراب حول الاضطراب) لذلك يبحث أطباء العلاج العقلاني الانفعالي بنشاط عن العلامات الثانوية للاضطرابات ويشجعون العملاء على العمل من أجل التخلص من الاضطرابات الثانوية قبل معالجة الاضطراب الأساسي.
10. له نظريات واضحة ومحددة عن الاضطراب وكيفية معالجته، ولكنه انتقائي أو متعدد النماذج في تقنياته. يؤيد استخدام بعض التقنيات (الدحض النشط

للأفكار) عن غيرها (الطرق المعرفية وخاصة التي تتجه إلى التسلية)، ويعمل من أجل إحداث تغيير فكري (فلسفي) حيثما أمكن.

11. يميز بين الانفعالات السلبية الملائمة منها وغير الملائمة. يُعد الشكل التفضيلي لـ RET مثل هذه الانفعالات السلبية، مثل: الحزن، والقلق، والهم، والندم والخيبة استجابات عاطفية ملائمة اتجاه رغبات معترضة مرتكزة على أفكار نسبية غير مطلقة، ويعرض أصحاب هذه الانفعالات كأناس أصحاء وخاصة عندما لا تؤثر هذه الأفكار والانفعالات على أهدافهم وغاياتهم. لكنه يرى (اليأس، والغضب، القلق الشديد، والشعور بالإثم، والخجل والارتباك، والإشفاق على الذات، والشعور بالنقص) انفعالات سلبية غير ملائمة مرتكزة على مطالب حتمية اتجاه رغبات معترضة. لذلك يُعد الشكل التفضيلي لـ RET المشاعر السابقة دلالات للاضطراب، وذلك لأنها غالباً وليس دائماً تشكل حاجزاً أمام الأفراد في مواصلة عملهم لتحقيق أهدافهم وغاياتهم. ولا تقوم طرق أخرى في العلاج المعرفي السلوكي بمثل هذا التمييز بين الانفعالات السلبية الملائمة وغير الملائمة. وهذا تمييز واضح بين الشكل التفضيلي للعلاج العقلاني الانفعالي والشكل العام CBT.

12. يؤيد الشكل التفضيلي للعلاج العقلاني الانفعالي المعالجين الذين يقدمون القبول غير المشروط للعملاء بدلاً من منحهم الموافقة والدماثة المفرطة مع العملاء. بينما لا يتجه أطباء العلاج المعرفي السلوكي إلى مثل هذا التمييز في التعامل مع العملاء.

ويؤكد الشكل التفضيلي لـ RET على أن دماثة وموافقة المعالجين للعملاء لها أضرارها لأنها قد تشجع العملاء بشكل غير مقصود على تقوية حاجاتهم الملحة إلى الحب والتأييد من الآخرين. فعندما يتقبل المعالجون العملاء بشكل غير مشروط فهذا يساعد العملاء بنفس الوقت على التقبل غير المشروط لأنفسهم.

13. يؤكد أهمية استخدام النشاط والقوة في العمل ضد (دحض)الأفكار والتصرفات اللاعقلانية. والشكل التفضيلي لـ RET هو الوحيد بين أشكال العلاج المعرفية السلوكية الذي يؤكد على أن البشر معرضون بيولوجياً إلى استمرار اضطراباتهم، لذلك يواجهون صعوبة في تغيير الجذور الإيديولوجية لهذه المشكلات. وبناءً على وجهة النظر هذه، يلح الشكل التفضيلي على أن يستخدم كل من المعالجين والعملاء القوة والنشاط (الفعالية) في اعتراض لاعقلانية العملاء.
14. يعد انتقائياً أكثر من أشكال العلاج المعرفي السلوكي في اختيار طرق التغيير السلوكي. لذلك فهو يفضل استخدام العقاب في تشجيع العملاء المقاومين للتغيير.

وعلى الأغلب، سوف لن يتغير هؤلاء العملاء حتى يحرزوا تعزيزات إيجابية، لكن من الممكن أن يتشجعوا نحو التغيير تجنباً للعقاب القاسي. بالإضافة إلى ما سبق، يوجد لدى الشكل التفضيلي لـ RET تحفظات فيما يتعلق باستخدام التعزيز الاجتماعي في العلاج. حتى يعد أن البشر مدعومون جداً ويقومون في أغلب الأحيان بفعل صحيح لسبب خاطئ. لذلك، من الممكن لهم أن يتغيروا ليسعدوا المعالجين، ويكونون في هذه الحالة قد تغيروا لصالح غيرهم وليس لصالحهم هم.

ويهدف الشكل التفضيلي للعلاج إلى مساعدة العملاء ليصبحوا أكثر حكمة، غير عاملين وفقاً لعرف أو عادة معينة، غير متكلين، مستقلين ذاتياً، ومستخدمين لتقنيات التعزيز الاجتماعي بشكل عرضي وضئيل.

وأخيراً، يفضل الشكل التفضيلي لـ RET استخدام نماذج التنشيط الحسي بدلاً من استخدام تقنيات التحصين التدريجي مع أن هذه الإجراءات تساعد العملاء على رفع مستوى تحملهم للإحباط. وبينما يفضل أصحاب التوجه في العلاج العقلاني الانفعالي استخدام الشكل التفضيلي للعلاج حيثما أمكن، فذلك لا يعني

إلحاحهم بجزم على تطبيق ذلك. فعندما يطبقون الشكل العام لـ RET بأسس ثابتة، يصبح تطبيقهم العلاجي لا يتميز عن المعالجات المعرفية السلوكية.



الفصل الثالث



الفصل الثالث

التطبيق الأساسي لنظرية RET في القلق الاجتماعي

- الطرق المعرفية.
- الطرق النفسية/التربوية.
- الطرق الانفعالية.
- الطرق السلوكية.

التطبيق الأساسي لنظرية RET في القلق الاجتماعي

مقدمة:

إن مصطلح القلق الاجتماعي social anxiety يقابله العديد من المرادفات مثل: الرّهاب الاجتماعي أو الخوف الاجتماعي، وهو يصنف ضمن مجموعة من الاضطرابات النفسية الصغرى أو العُصابية.

ويعرف "الدليل التشخيصي الرابع DSM–IV بأنه "خوف ملحوظ ومستمر لواحد أو أكثر من الحالات الاجتماعية أو حالات الأداء، حيث يتعرض الشخص لأشخاص غير مألوفين أو لإمكانية التمعن من قبل الآخرين، وكذلك هو الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض فيها للمعني أن يتعامل أو يتفاعل فيها مع الآخرين، ويكون بذلك معرضاً لنوع من أنواع التقييم. فالسمة الأساسية المميزة للقلق الاجتماعي يتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين والتشوه الإدراكي للمواقف الاجتماعية لدى القلق اجتماعيا".

بينما تعرفه "ديانا هيلز" بأنه الخشية الشديدة والخوف الخانق من العمل الذي قد يتعرض فيه المريض إلى الانتقاد. أما عادل مصطفى فيعرف القلق الاجتماعي في كتابه العلاج المعرفي بأنه: صورة كاريكاتورية لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا للجاذبية الاجتماعية وكراهية الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية.

وأخيراً يعرِّفه المالح(2001): بأنه ظهور أعراض القلق المتعددة في المواقف الاجتماعية، ويرافق ذلك تجنب أو هروب من هذه المواقف بسبب الألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد في داخل الإنسان عند تعرضه لهذه المواقف الاجتماعية.

تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي:

لم يبرز مصطلح القلق الاجتماعي كتشخيص مستقل إلا في دليل تشخيص الاضطرابات الأمريكية الثالث DSM- 111، وقبل ذلك كان يعتبر جزءاً من القلق العام أو حالات الخوف أو اضطرابات الشخصية. وفي التصنيف العاشر للاضطرابات النفسية ICD والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) يصنف القلق الاجتماعي ضمن اضطرابات القلق في الفئة التشخيصية رقم (300.23) وفي الفئة رقم (Fuo.1) في التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية.

وقد حددت هذه المنظومات محكّات تشخيصية معينة من أجل تشخيص القلق الاجتماعي، وهي:

1. حالة الخوف المستمرة من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، حيث يتعرض الشخص إلى حالة تفحص من قبل الآخرين مثل " أن يغص في الطعام أمام الآخرين.
2. في حال وجود اضطراب نفسي آخر أو اضطراب عضوي، فإن الخوف غير مرتبط به مثال " الخوف من التلعثم كما في اضطرابات النطق أو الخوف من الرعشة كما في مرض باركنسون.
3. الشخص يعرف أن خوفه زائد عن الحد وغير منطقي.
4. يحدث تجنب للموقف المخيف (أو المواقف) أو أن الموقف يحتمل ولكن بقلق وتوتر شديدين.
5. يستمر الخوف عند الأشخاص تحت سن (18) لأكثر من ستة أشهر على الأقل. خلال إحدى فترات هذا الاضطراب يحدث عند التعرض للموقف المثير للخوف رد فعل قوي يتميز بالقلق.

انواع القلق الاجتماعي:

يحـدد دليـل التشـخيص الخـاص بـالأمراض العقليـة في إصـداره الرابع DSM–IV (1994) أنـه يجب أن نشخص القلـق الاجتمـاعي علـى أنـه مـن النـوع العـام عنـدما يعـاش القلـق في معظـم المواقـف الاجتماعيـة والمرضـى الـذين لا يستوفون هـذا المعيـار يعرفـون بـأنهم مـن النـوع المحـدد. وكـذلك فـإن الـدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتحدث عن نمطين من القلق الاجتماعي:

1. النمط المنفصل: أي أن حالة القلق تكون محددة نسبيا بنوع واحد من الحالات الاجتماعية مثل " الأكل علنا أو لقاء الجنس الآخر"، وهذا الخوف يؤثر على الناس الذين يكون مركز الانتباه عندهم جزء من أسلوب حياتهم.
2. النمط المعمم: وهو الذي يتميز بنقص المهارات الاجتماعية، ويتضمن الخوف من معظم الحالات الاجتماعية والأشخاص المصابين بهذا النمط يخشون الاجتماع مع الناس، ويتجنبون تشكيل علاقات قريبة، ويتجنبون إحراز تقدم في مهنتهم، وبعضهم يبقى أسير البيت، كما أنهم يوصفون بالخجل ويكونون هامشيين ويسيئون المعاملة أحيانا وربما يملكون ملامح الشخصية التجنبية.

اسباب القلق الاجتماعي:

1. الأسباب العضوية والوراثية:

بينت دراسة في النرويج عام (1989) أجريت على (95) من التوائم الحقيقية أن التوائم الحقيقية تشترك بنسب أكثر من التشابه في مظاهر القلق الاجتماعي مقارنة مع التوائم غير الحقيقية، وقد دلت هذه الدراسة على وجود عامل وراثي وسيط يساهم في تكوين القلق الاجتماعي، ولا يوجد رأي ثابت في الوقت الحاضر حول ذلك. بينما يعتقد الباحثون الآخرون أن هناك اضطراباً داخلياً أساسياً يرتبط بالتكوين الجسمي والخلقي للإنسان جوهره (الاستعداد المرضي للقلق)؛ فهو يهيئ لظهور حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق والقلق

الاجتماعي. أما من الناحية الفيزيولوجية فيعتقد الباحثون أن أعراض القلق الاجتماعي مرتبطة بإثارة الجهاز العصبي الذاتي والذي ينتج عنه ازدياد مستوى مادة الأدرينالين في الدم. ومصدر ازدياد هذه المادة هي العقد العصبية المحيطية. فالأشخاص العاديين عندما يطلب منهم إلقاء كلمة أمام الناس يحدث لديهم ازدياد في مادة الأدرينالين في الدم حوالي ضعفين إلى ثلاثة أضعاف عن الحالة ما قبل الحديث. كما بينت بعض الدراسات ترافق حالات القلق الاجتماعي مع قصور الصمام التاجي وكانت بنسبة (25 ٪) وأعراض هذا المرض يتجلى في خفقان واضطرابات نظام القلب، بالإضافة إلى زيادة مشاعر القلق والخوف لأية تغيرات جسمية مرافقة فيما بعد. ونتيجة عوامل إضافية المخاوف من المواقف الاجتماعية. إضافة إلى أن عدداً من المرضى الذين يشكون من اضطرابات في الجهاز التنفسي العلوي مثل انحراف وتيرة الأنف والزوائد الأنفية وعدم توازن الجوف الأنفي قد يؤدي ذلك إلى خلل فيزيولوجي في عملية الشهيق والزفير، ويجعل التنفس ناقصاً مما يؤثر بدوره على الوظائف القلبية التنفسية، وهذا يساهم في ازدياد أعراض القلق الطبيعية في المواقف الاجتماعية وربما تؤدي هذه الاضطرابات مع وجود عوامل إضافية إلى نشوء بعض حالات القلق الاجتماعي.

2. **الأسباب النفسية:**

فمن الأسباب النفسية للقلق الاجتماعي أن الإنسان يسقط ضميره القاسي المتطرف على الآخرين ونظرا لشدة هذا الضمير تعذيبه للإنسان ولنفسه، وتحطيمها المستمر فإن القلق الناتج عن ذلك كبير يصعب احتماله. فالضمير جزء من الإنسان نفسه والصراع معه لا يطاق، لذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيراً من محتويات ضميره، وهذه هي طريقته اللاذعة في انتقاد نفسه فهو يعتبر أن الآخرين يتهامسون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه. وكذلك وجدت بعض الدراسات أن ازدياد الشعور بالفردية وازدياد مشاعر التمرد وعدم الانقياد يرتبط بحالات القلق الاجتماعي؛ فكل إنسان يحب نفسه ويرغب في أن يكون مبتكراً، لذلك فإن مشاعر عدم الرضا والتمرد نحو التغير الاجتماعي تشكل دافعاً له، ولكن بعض

الناس لا يستطيعون التعامل مع هذه المشاعر مما يؤدي إلى زيادة القلق والتوتر، وبالتالي يؤدي ذلك إلى الخوف والارتباك في المواقف الاجتماعية. كما بينت الملاحظات العيادية أن المرضى بالقلق الاجتماعي يعانون من ضعف في قدراتهم اللغوية وتعبيراتهم المناسبة. كما أنهم يملكون مشاعر عدوانية تظهر بشكل انتقاد أو عدم الموافقة في الرأي وشدة هذه المشاعر أو القلق والتوتر الذي تحدثه هذه المشاعر في داخلهم تؤدي إلى أعراض القلق والخوف من هذه المواقف والتزام الصمت غالباً. كما بينت هذه الملاحظات أن عدداً من مرضى القلق الاجتماعي لديهم تصورات خاطئة عن أنفسهم من النواحي الجنسية حيث تخطر في بالهم أنهم ربما يكونون شاذين من الناحية الجنسية أو ناقصين من القدرة الجنسية وأن الآخرين ربما يلاحظون ذلك، ويرجع ذلك إلى المعلومات الخاطئة أو إلى بعض الصراعات النفسية اللاشعورية والتجارب الخاطئة التي يخبرونها.

وأخيراً، فإن مدرسة التحليل النفسي تعتبر أن المخاوف المرضية هي تحويل للقلق الداخلي المرتبط بالرغبات والنزعات المكبوتة إلى موضوع القلق نفسه ومن ثم الخوف منه، وينطبق ذلك على القلق الاجتماعي والرغبات الشخصية المكبوتة ترتبط أساسا بـ (عقدة أوديب)، وهي التنافس والصراع من نفس الجنس من أجل الفوز بالأم وحبها. ترتبط هذه الرغبات التنافسية بمشاعر الذنب والإثم والتقليل من أهمية الذات ومشاعر النقص، وهذا بدوره يرتبط بعقدة الخصاء، وهي نوع من القلق المستمر والخوف الداخلي المرتبط بتهديد الذات، وفي حال التعبير عن مثل هذه الرغبات في المواقف الاجتماعية مثلا، فإن القلق والتوتر ينتابه حول إمكانية مثل هذا التعبير، وكونه مقبولاً من ضميره ومن الناس. وعندئذ التوتر الذي يظهر بمظاهر مختلفة منها القلق الاجتماعي.

3. العوامل السلوكية والنمائية والمعرفية:

اهتمت المدرسة السلوكية في تفسير حالات القلق الاجتماعي، حيث توصلت إلى مجموعة من النتائج منها:

1) إن القلق الاجتماعي ينشأ بعد تجربة سلبية أمام الآخرين حدث فيها له تلعثم أو خفقان شديد في القلب أو رعشة أو انتقاد ولم يستطع أن يتخلص من ذكرها وتأثيرها السلبي على نفسيته وحياته.

2) إن المرضى الذين يتكون عندهم القلق الاجتماعي يحدث عندهم حساسية خاصة تجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق وقد تعودت أجسامهم وأعصابهم على تلك الحساسية، وينتج عن ذلك أنهم قد تعلموا أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة التوتر والقلق وبالتالي يخافون هذه المواقف ويبتعدون عنها. وهكذا فإن استجابة الخوف والقلق عند السلوكيين للمثيرات الاجتماعية هي عادات خاطئة وغير ملائمة ويقوم العلاج على إعادة تعلم عادات جديدة أكثر تكيفا في المواقف الاجتماعية. أما المدرسة النفسية النمائية التي تهتم بدراسة مراحل النمو فتعتبر أن السبب الرئيس في حالات القلق الاجتماعي هو عدم اكتساب القدرات الاجتماعية المناسبة أو نقص هذه القدرات؛ فالتعامل مع الناس يحتاج إلى قدرات متعددة مثل "النظر في وجه الشخص الآخر أثناء الحديث معه"، كما يحتاج للقدرة على الاستماع ثم اختيار الوقت المناسب للكلام. كما أن مواقف التوتر والانزعاج تحتاج إلى قدرات معينة في تهدئة المواقف وتعديله. ويرتبط اكتساب القدرات الاجتماعية بالبيئة المحيطة بالإنسان وقدرات من حوله وتشجيعهم، فقد وجدت الدارسات أن الأسرة التي تنتقل كثيراً في عدد من المدن تزداد في أبنائها حالات القلق الاجتماعي، ويعود ذلك إلى عدم إتاحة الوقت الكافي لإقامة علاقات اجتماعية مستمرة ومتكررة مما يجعل فرص الأبناء أمام اكتساب هذه القدرات وتطويرها قليلة. ويقوم العلاج وفقاً لهذه النظرية على اكتساب القدرات الاجتماعية وتطويرها من خلال التمارين المتعددة بشكل فردي وجماعي. أما المدرسة المعرفية فتعتبر أن السبب الرئيسي يكمن في طريقة تفكير الفرد عن نفسه وعن غيره، فهو ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، ويقلل من إنجازاتها ونقاط القوة فيها،و يضخم نقاط ضعفه وقصوره، يعطي من ناحية أخرى للآخرين ونظراتهم وآرائهم أهمية

كبيرة غير واقعية، ويحاول أن يرضيهم بشتى الوسائل وكأن رضى الناس غايته الكبرى. ويقوم العلاج المعرفي على استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية وتبين عادات التفكير الخاطئة وتعديلها.

4. **العوامل الأسرية والثقافية والاجتماعية:**

تلعب العوامل الأسرية دوراً مهماً في نشوء حالات القلق الاجتماعي، حيث بينت الدراسات أن المصابين بالقلق الاجتماعي قد عاشوا طفولة غير سعيدة وقد عانوا من الحرمان النفسي والمادي، وأن علاقتهم بوالديهم كان يسودها البعد العاطفي والبرود، بالإضافة إلى عدم التقبل والرفض من الأهل مما أدى إلى تكوين مشاعر النقص والإحباط والعدوانية وعدم الرضا عن النفس أو بالعكس كانت علاقتهم مع أهلهم تتصف بالحماية الزائدة بشكل عام، وبالتالي كانت فرص اكتشافهم للحياة بشكل ذاتي وتلقائي ضعيفة؛ مما يؤدي إلى فرض القيود الكثيرة والخوف والارتباك عند القيام بأي عمل قد لا يكون صحيحاً. وكذلك يمكن للأسرة أن تؤثر في نشوء القلق الاجتماعي من خلال سلوك الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت الكبرى، وذلك من خلال التقليد وتمثل السلوك المضطرب. كما يؤدي التوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين إلى زيادة القلق في جو الأسرة مما يؤدي إلى احتمال زيادة السلوك الانكماشي والانسحاب عند واحد من أفراد الأسرة أو أكثر. أما بالنسبة للأمور التربوية فهي تلعب دوراً هاماً في تثبيت الخوف من المواقف الاجتماعية. ومن هذه الأمور:

1. إطلاق الصفات وإلصاق النعوت على الشاب المراهق أو الطفل كأن يسمى بأنه (خجول، ضعيف) أو أنه لا يتكلم. فإلصاق مثل هذه الصفات تزيد في تقييده وتجعل من الصعب عليه أن يتجاوز هذه الصفات والسلوكيات.
2. كثرة الأوامر والنواهي والممنوعات وتعقيد التعليمات والقواعد التي يجب إتباعها في المواقف الاجتماعية، والجمود وعدم المرونة وشدة العقاب في حال عدم تطبيقها، حيث يؤدي ذلك إلى زيادة القلق والشعور بالحرج والتقييد والخوف

ومراجعة النفس المستمرة حول ما إذا كان تصرف معين مطابقاً لتلك الشروط أو أنه خاطئ وغير صحيح، وفي حال حدوث أخطاء، ومن ثم العقاب الصارم، فإن الشعور بالضعف والنقص يزداد كما يزداد مراقبة النفس فيما بعد ويصبح الإنسان رسمياً وشكلياً في تصرفاته مع الآخرين، وتضعف قدرته على التعبير التلقائي عن نفسه ورغباته مما يزيد في إزعاجه ويساهم في تجنبه للمواقف الاجتماعية والخوف منها. وأما بالنسبة للأمور الاجتماعية والثقافية فهناك عدد من العوامل التي تؤثر سلباً وإيجاباً في حالات نشوء القلق الاجتماعي، وذلك من خلال تأثيرها على طرق التربية والقيم والأفكار الاجتماعية للفرد. ومن هذه العوامل السلبية:

1) عدم وجود فرص التعبير عن الذات.
2) عدم التأكيد على أهمية الفرد وحريته ومشاركته وتشجيعه على تنمية مواهبه وشخصيته.
3) المحيط العدواني الانتقادي الذي لا يتقبل الفرد ويسخر منه.
4) التنافس الشديد الذي يؤكد على النجم أو البطل.

أما عبد العلي الجسماني فيرى بأن أسباب القلق الاجتماعي هي باختصار:

1) الصدمات النفسية المبكرة.
2) تقييم الذات تقييما سلبيا.
3) الافتقار إلى المهارات الاجتماعية التي تؤدي توفرها إلى غرس الثقة بالنفس، وانعدامها إلى الشعور بالنقص، وبالتالي الابتعاد عن الآخرين والخوف من انتقادهم.
4) الحساسية المفرطة التي تؤدي إلى الخوف من أي نقد.

ولهذه الأسباب فإن الذين يعانون من القلق الاجتماعي يشعرون دائما وكأنهم يحملون كابوساً على أكتافهم فلا يستطيعون النهوض به.

التشخيص التفريقي للقلق الاجتماعي عن الاضطرابات الأخرى:

القلق الاجتماعي والخجل:

من الضروري أن نميز بين الزملة الإكلينيكية للقلق الاجتماعي عن الخجل، فلا توجد أية دراسة تؤكد أن حالات الخجل هي نفسها حالات القلق الاجتماعي، كما أن نسبة الانتشار المختلفة توحي بأنهما ليسا شيئا واحداً، وهذا ما أثبته بعض الدراسات، حيث تبين في سلسلة من الدراسات أن الخجل موجود لدى (4 ٪) من طلاب الجامعة. أما القلق الاجتماعي فكان معدل انتشاره (25 ٪) فقط في عينة من المجتمع. وفي دراسة قام بها تيرنروز وزملائه (1990) خلصوا إلى وجود عدد من المتماثلات بين الزملتين مثل: الملامح البدنية، المعرفية " ووجود عدد من العوامل التي تميز بينهما وهي:

1) درجة القصور الاجتماعي والمهني أكبر بكثير عند المصابين بالقلق الاجتماعي عن أولئك الأشخاص الخجولين.
2) الخجل يحدث في سن مبكرة عن السن الذي يحدث فيه القلق الاجتماعي.
3) القلق الاجتماعي حالة مزمنة غير متقطعة، بينما الخجل حالة عابرة بالنسبة لكثير من الأشخاص.
4) إن التجنب يقترن بالقلق الاجتماعي أكثر من اقترانه بالخجل.

القلق الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا):

إن التمييز بين هاتين المجموعتين التشخيصيتين يتم بعدة نواحي منها:

1) القلق الاجتماعي منتشر أكثر بين الرجال، بينما الأجورافوبيا منتشر أكثر بين النساء.
2) يظهر القلق الاجتماعي في وسط العقد الثاني، بينما يظهر الأجورافوبيا عادة في أوائل العشرينات من العمر.

3) أعراض القلق الاجتماعي أكثر توقعاً أن يشتمل على الحمرة واختلاج العضلات وأقل توقعاً أن يشتمل على صعوبات التنفس أو الدوخة بشكل أكبر مما يحدث في الأجورافوبيا Agoraphobia(الخوف من الأماكن المتسعة أو الخلاء).

4) يتجنب أصحاب القلق الاجتماعي الناس ويفضلون العزلة بينما أصحاب الخوف من الأماكن المتسعة فيبحثون عن الناس لاستبعاد القلق.

القلق الاجتماعي والشخصية الإجتنابية:

الشخصية الاجتنابية كما يعرفها دليل تشخيص الاضطرابات الأمريكي: هي تلك الشخصية التي تتميز بنمط معمم من السلوك والصفات المرتبطة بالانزعاج والمشقة في العلاقات مع الناس والخوف من التقدير السلبي من قبل الآخرين والجبن العام وعدم المغامرة. والتفريق بين القلق الاجتماعي والشخصية الاجتنابية في الأساس هو أن الشخصية الاجتنابية تتجنب العلاقات الاجتماعية الشخصية. بينما يتجنب الشخص الذي لديه قلق اجتماعي مواقف اجتماعية معينة فهو يخاف منها ومن أن تحدث له أعراض القلق والارتباك فيها والشخص نفسه يمكن أن يكون لديه اضطراب الشخصية الاجتنابية والقلق الاجتماعي معا.

المضاعفات المرافقة للقلق الاجتماعي:

بينت الدراسات العلمية أنه من المضاعفات المرافقة للقلق الاجتماعي ما يلي: إن القلق الاجتماعي يمكن أن يساهم في بداية الاضطرابات النفسية الاجتماعية، فمن الممكن أن يصاب المرضى بالقلق الاجتماعي باكتئاب ثانوي. ونتيجة القلق والاكتئاب الذي يعاني منه المصابون، فمن المحتمل اللجوء إلى استعمال الكحول والعقاقير الأخرى مما يؤدي إلى وصولهم إلى حالة الإدمان. الخوف من التعرض لنوبات الهلع في الحالات الاجتماعية المرعبة. وقد يؤثر الضعف المهني على العلاقات الشخصية والوظيفية المهنية، وقلة الزواج أو الخجل من

الحديث مع الجنس الآخر أو من الأمور الجنسية أو الخوف من حفل الزفاف ومن كونه سيكون مركز انتباه. ويصبح بعض المرضى في الحالات المتطرفة أسير البيت حتى يتجنبوا جميع أشكال الاحتكاك البشري والنشاطات الاجتماعية.

- كما تظهر المخاوف لدى المراهقين الشبان من الجنسين بالتساوي، ومنها الخوف من التجمعات والخوف من احمرار الوجه في المواقف الاجتماعية، والخوف من التحدث أمام الآخرين، ومن مراقبة الآخرين، والخوف من الامتحانات، وجميعها مخاوف محددة تدفع إلى سلوكيات تجنب.
- تشاهد المخاوف الاجتماعية كثيراً لدى المراهق، وتكون طبيعية وعابرة، إلا أنها عندما تشتد وتستقر تصبح معيقة اجتماعياً.
- كما تشاهد هذه المخاوف لدى شخصيات قلقة وخجولة، وتعبر غالباً عن مشاعر ذنب لا شعورية، ونقص الثقة بالنفس، وكبت الرغبات الجنسية والعدوان.

وقد تناولت النظريات النفسية تفسير ظاهرة القلق الاجتماعي، ولكننا في هذا المقام سوف نركز على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، وذلك لارتباطها بالسياق العلمي لهذا الكتاب. حيث تفترض هذه أن التفكير يسبب الانفعال، وأن حالة الفرد النفسية سواء كانت سوية أم غير سوية ترتبط بمعارفه ومعتقداته وتخيلاته وأهدافه. وعلى ذلك، فالقلق من وجهة نظر هذه النظرية ما هو إلا أنماط تفكير خاطئة ومعتقدات سلبية ورؤية غير واقعية، ومن أجل تعليم الأفراد الرؤية العقلانية للحياة قدم إليس Ellis (1997) رائد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ما يعرف باسم التربية العقلانية الانفعالية Rational Emotive Education والتي يتضمن مبادئ علم النفس العقلاني الانفعالي، وهي ذات تأثير فعال في خفض القلق وبخاصة القلق الاجتماعي (عبدالله، 1991: 87).

ويوضح رونالد Ronald (1998)، أن من أسباب الإصابة بالقلق الاجتماعي ما يلي:

1. طريقة التفكير.
2. تركيز الانتباه علي الأشياء الخاطئة والسلبية.

إن الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي يكونون منشغلين جداً بالتقييم السلبي لاعتقادهم أن الأشخاص الآخرين سيحكمون عليهم بطريقة سلبية ويفكرون فيهم بطريقة سيئة. ومن المعروف أننا لا نستطيع أن ننال إعجاب الجميع، ولكن الأشخاص المصابين بالقلق الاجتماعي فإن ذلك يكون نهاية العالم في حالة عدم الإعجاب بهم من الآخرين. ونتيجة لهذا التفكير غير المنطقي والمشاعر المبالغ فيها يكون الشخص في حالة سيئة من القلق الاجتماعي. والأشخاص المصابين بالقلق الاجتماعي يركزون انتباههم دائماً علي المثيرات السلبية. وذوي هذه الحالة يركزون انتباههم على رد فعل الآخرين تجاههم، وكيف ينظر الآخرين لهم ويلجئون إلى تجنب المواقف الاجتماعية (Ronald , 1998: 11– 22) .

ويرى إليس أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية تؤدي إلى حدوث القلق، وأن الناس يتعلمون طرقاً واتجاهات للتفكير عن عالمهم هي التي تسبب القلق لديهم، فحجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد نفسه، ينشأ لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والانجاز في كل شيء حتى يمكن أن تعتبره شخصاً ذا أهمية. كما يمكن أن يتكون القلق الاجتماعي لو اعتقد الفرد أنه من الضروري أن يكون محبوباً من كل المحيطين به أو مرضياً عنه منهم (عبد المعطى، 2002: 161).

وقد أشرنا في الفصل الأول من هذا الكتاب طرائق استخدام نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج حالات مرضية متنوعة، حيث يخضع العملاء غالباً إلى جلسات علاج فردية ؛ ثم يدخل تدريجياً (بعد أسبوع تقريباً) في علاج بشكل جماعي،

ويوجد هناك بعض العملاء ممن يخضعون إلى جلسات فردية وجماعية في آن واحد. وقد يخضعون إلى جلسات فردية تستمر لعدة أشهر أو أكثر، وبعد ذلك ينتقلون إلى العلاج الجماعي ونادراً ما يعودون للجلسات الفردية اللاحقة من العلاج. وكتوضيح لاستخدام نظرية العلاج العقلاني الانفعالي RET. سنقدم في هذا الفصل حالة امرأة تبلغ من العمر سبع وعشرون سنة، مصابة بحالة قلق اجتماعي، رأى إليس هذه المريضة(عُلا) مرة في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر، بعد ذلك أصبح يراها مرة أسبوعياً في صورة علاج جماعي.

وكان سبب انتقالها للعلاج الجماعي هو شعورها أنها بدأت تفهم وتدرك المبادئ الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي وتستخدمهم بشكل معتدل ومنسجم مع حالتها. وعلى الرغم من شعورها بالأمان الشديد في حالة العلاج الفردي، إلا أنها جازفت عندما حاولت التحدث عن مشكلاتها أمام أعضاء الجماعة الآخر، محاولةً بذلك الاتصال بأعضاء الجماعة وتعلّم تطبيق نظرية RET مبتعدةً عن التصرفات والأفكار غير العقلانية.

لو لم تكن هذه المريضة متطوعّة للاتصال والعمل مع الجماعة، لحاولت الإصرار عليها فعل ذلك، وذلك لأنني أشجع باستمرار العملاء الخجولين والقلقين اجتماعياً بالاتصال مع المجموعات، لكي يتعلّموا الاندماج بنجاح في الحالات والخبرات الاجتماعية. وعندما اندمجت عُلا في العلاج الجماعي، استمرت بتعلّم وممارسة RET بنفس الوتيرة التي بدأت فيها خلال أشهر العلاج الفردي الأولية. وهكذا أضافت مشاركة المجموعة عُلا أفكار جديدة، مشاعر وانفعالات، وسلوكيات باشرت ممارستها بشكل عقلاني.

كانت عُلا في البداية مترددة في مناقشة أعضاء الجماعة في مشكلاتهم، على الرغم من أنها تحدثت عن مشكلاتها بصراحة ودون تردد. لكن عندما ساعدتها في أن تنظر إلى هذا التردد بعقلانية وتدرك كيفية مقاومتها لسلوك المجموعة غير الفعّال على أنه سلوك غير عقلاني، وعندما ألححت عليها مناقشة الآخرين في

مشكلاتهم، تغلّبت مباشرة على خجلها وتقدّمت لمشاركة الجماعة بنشاط وفاعلية. عندما رأيت عُلا أول الأمر، كانت شخصية غير جذابة (بسبب انطوائها اجتماعياً). ونفس الشيء تم ملاحظته من قبل أعضاء المجموعة. كما كانت تخجل كثيراً من الرجال وخاصة المرغوبين منهم، وتشعر بفراغ فكري عندما يتحدّث إليها أي رجل. حتى أن خجلها كان لدرجة أن أمها غالباً ما تتسوّق عنها. وعندما كانت تتعّرض لرجال يودون مقابلتها بإصرار – تتجنبهم في بداية الأمر ثم بالكاد تستقر على شخص (وهو الذي يكون أكثر إصراراً وممن لا يطلبون منها جواباً). وعندما يتضح أن هذا الشخص هو رفيق غير مناسب، كانت عُلا تمكث أكثر مما ترغب خائفة من العودة إلى سباق الفئران. (خوفاً من أن يأتيها غيره) تشعر عُلا أنها مستهدفة في وظيفتها وفي حياتها الاجتماعية.

كانت معلمة في مدرسة ثانوية، لكنها لم تستطع تحمل مواجهة التلاميذ، لذلك حولت عملها إلى عمل إداري. كانت تمتلك المؤهلات التي تتطلبها أفضل الأعمال، تنجح في الاختبارات الكتابية بأعلى المعدلات، لكنها تخاف المقابلة الشخصية لذلك لا تعين. وقبل أن تأتي عُلا إلى عيادتي للمعالجة، خضعت ولمدة سنة واحدة للعلاج الروجري Rogerian مع مستشار الجامعة، وقد كانت في سن 19 سنة. شعرت بأنها قد تحسنت قليلاً، لكنها لم تتغلب على خجلها نهائياً. بعد ذلك خضعت ولمدة سنتين لعلاج التحليل النفسي وهي في سن 23 سنة، لكنها شعرت أنها معقدة بشكل كبير على المعالج (المحلل النفسي)، وتخاف مواجهة العالم على مسؤوليتها عندها تحررت عُلا من وهم العلاج، ويئست من إحداث أي تغيير في حالتها، كان لعُلا أخت توأم ولديها نفس المشكلات، لكنها خضعت للعلاج العقلاني وتحسنت بشكل جيد. وبذلك أشرت إلى عُلا كي تذهب إلى مركز العلاج. أتت عُلا إلى مركز المعالجة ودفعت لأول شهرين علاج. لكن ما زال لديها بعض التردد لمواجهة العلاج ثانيةً، المرغوب في الأمر هو عدم إصرارها ورفضها، قبلت توسلات واستعطافات أختها ووافقت على ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي. وكما اعتدت

تطبيق نظرية العلاج الانفعالي، استخدم عدداً من التقنيات المعرفية، والانفعالية، والسلوكية لحالة عُلا، وسوف اصف أهمها الآن.

أولاً: الطرق المعرفية للعلاج العقلاني الانفعالي:

كانت التقنيات المعرفية الأساسية التي استخدمها إليس مع عُلا، هي التالية:

ا. تعليم نموذج ABC لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

بسبب المعالجة السابقة التي خضعت لها عُلا، تولد لديها اعتقاد إن اضطراب البشر ناتج عن حوادث أو صدمات الطفولة. استخدمت الجلسات العقلية الأولية لتحريرها من هذه الفكرة، ولأبين لها أن البشر إجمالاً ميالون إلى توليد نزعاتهم الفطرية على أساس الرغبة والأمر الذي يقدمه كل من الأولياء والمعلمون لهم كتفصيلات ومقاييس يتبنوها. وكما يقول بوغو pogo؟ نحن نقابل العدو، وهذا العدو هو نحن أنفسنا؟ بالنتيجة، نأخذ نحن البشر تفضيلاتنا ومقاييسنا التي نعتمد عليها في سلوكياتنا من المسؤولين عن رعايتنا في أول حياتنا ومن التلفاز، ولكننا نضيف الحتميات Musts لهم، ونجعل من تلك التفضيلات حاجات ملحة Dire Needs. بالإضافة إلى ذلك، وضحّت لها (لعُلا) أنه بغض النظر عن كيف وأين اكتسبت أصلاً أفكارها غير العقلانية (الحتميات: يحب، ينبغي، من المفروض)، ما زالت لديها حتى الآن، وقد سلمت نفسها لهذه الأفكار التي سببت لها الاضطراب.

وبالرغم من أن عُلا قد قاومت في البداية الاعتراف بتحمل مسؤولية امتلاكها للأفكار غير العقلانية، لأنها وجدت أنه من الأكثر مناسبةً إلقاء اللوم على أمها المسيطرة التي هي سبب ما هي فيه من خجل ولا عقلانية، لكنها فوراً غيرت فكرتها عندما أخبرتها أن أختها الصغرى، والتي كانت قد رفضت الخضوع إلى هذا التحكم واتجهت لأن تكون أقل انسجاماً وأكثر إصراراً وحزماً كما كانت الأم تماماً.

عملت عُلا وأختها على الاهتمام بوالدهما الخجول وغير الحازم، والذي انفصل عن زوجته عندما كانت ابنتاه في سن الخامسة. وهو منذ ذلك الحين لم يتعامل إلا القليل مع إحدى بناته الثلاث. وبعد جلسة العلاج الثالثة مع عُلا، اعترفت أنها مسؤولة عن توليد أفكارها غير العقلانية، يجب ألا أكون مرفوضة من قبل الناس الذين يعنون لي الكثير، وأن هذه الأفكار وليس سيطرة أمها وراء ما هي فيه من الخجل المرضي، أخذت عُلا الكثير من العلاج العقلاني الانفعالي وبدأت تنظر بفعالية لأفكارها الهادمة لذاتها.

ب. اكتشاف الأفكار غير العقلانية:

تشير D في العلاج العقلاني الانفعالي إلى دحض ومقاومة الأفكار غير العقلانية لكن يمكن أن تضيف إلى ثلاث طرق رئيسية:

- اكتشاف الأفكار غير العقلانية.
- التمييز بينها وبين الأفكار العقلانية
- الجدال حولهم.

في البداية، بينت لعُلا ووضحت لها كيفية اكتشاف أفكارها غير العقلانية، وبشكل خاص كيف تبحث عن الحتميات (الأفكار المطلقة)، بعد ذلك خرجت عُلا ببعض الأفكار غير العقلانية:

أ. يجب أن أتكلم بشكل حسن مع الناس لأبدو جذابة.

ب. يجب أن أكون ذكية.

ج. يجب أن أتحدث بسهولة وعفوية ودون بذل الكثير من الجهد.

د. عندما لا أتحدث مع الناس بشكل حسن أو أترك انطباعاً حسناً عندهم، أكون شخصاً سيئاً وغير وافياً بالمراد.

هذه هي الأفكار غير العقلانية التي استطاعت عُلا إدراكها، والتي كانت السبب الرئيسي لمشاعر القلق عندها. لكن كما تظهر حالة عُلا، ومن خلال الفحوصات التي تقدمها نظرية RET، لا بد من وجود أفكار غير عقلانية أخرى. فعندما كانت تدخل عُلا في حالة القلق، تراودها أفكار مثل:"يجب ألا أكون قلقة! فظاعة أن يكون عندي مثل هذا الشعور"، وبعد ذلك «يجب ألا أظهر للآخرين قلقي»، فإذا فعلت ذلك، سوف يرفضوني بالتأكيد ويعتبر ذلك مريعاً بالنسبة لي! إن أفكار عُلا حول عصبيتها قادها إلى العلامة المرضية الأولى (القلق)، وحالما وصلت إلى هذه الدرجة من القلق حدث لها الاضطراب. بعد ذلك دخلت في مشاعر من الدرجة ثالثة وهي مشاعر الذعر والرعب بتحريض من أفكارها غير العقلانية "أنا الآن في حالة من الذعر والرعب، لا أستطيع أن أخرج نفسي من هذا الشعور، سوف لن أكون قادرة على التغلب على اليأس، لا أستطيع مساعدة ذاتي، لا أستطيع أن أحدث أي تغيير» .

ج. التمييز بين الأفكار غير العقلانية والأفكار العقلانية:

لقد وضحت لعُلا، أنه لا يوجد لديها فقط أفكار غير عقلانية (حتميات)، وإنما يوجد عندها أيضاً أفكار عقلانية (تفضيلات) وتعتبر هذه الأخيرة أفكار صحية ومساعدة للذات. مثال ذلك: في المستويين الثاني والثالث، كانت أفكارها العقلانية "لا أحب حالة القلق هذه كما لا أحب إظهارها للناس، لكني يمكن أن أقبل بها وأعمل على التخلص منها، وإذا رفضني البشر لكوني بهذه الحالة، سوف يكون ذلك لسوء حظي، لكن سأعمل على مواجهة الموقف" .

لقد استطاعت عُلا بمساعدة نظرية العلاج العقلاني الانفعالي رؤية وإدراك هذه الأفكار العقلانية (التفضيلات) والتي تختلف تماماً عن تلك غير العقلانية (الأوامر غير الواقعية) Unrealistic كما عرفت أن لديها الخيار في إقناع ذاتها بالعقلانية دون عكسها.

د. الجدال حول الأفكار غير العقلانية (دحضها):

طلبت من عُلا وعلمتها كيف تسأل نفسها مجموعة من الأسئلة المنطقية والعملية تساعد على دحض أفكارها غير العقلانية، ومثال ذلك:

1. حتى لو كنت في هذه الحالة من الذعر والرعب المعيق، ما لدليل على عدم قدرتي على مواجهة الموقف والتغلب عليه؟
2. بفرض أن مشاعر القلق الموجودة لديَّ ستبعد الناس عني، هل سيقاطعني كل شخص على إظهارها؟ وإذا قاطعني البشر، فهل سيكون ذلك مرعباً، وهل حقاً أحتاج إلى تأيدهم؟.

حالما استطاعت عُلا دحض هذه الأفكار غير العقلانية والتي كانت السبب في حالة (القلق حول القلق) عادت عُلا إلى أفكارها غير العقلانية الأساسية، وبدأت بنشاط وفعالية وإلحاح دحضها كما يلي:

- لماذا يتوجب عليَ التحدث مع البشر بشكل حسن لأبدو جذابة؟.
- أين أجد هذا الأمر «يجب أن أكون ذكية».
- هل يتوجب عليَ حقيقةً التحدث بسهولة وعفوية دون بذل أي جهد؟
- عندما لا أتحدث مع الناس بشكل حسن ولا أترك انطباعاً جيداً، كيف يمكن لذلك أجابت عُلا على هذه الأسئلة الداحضة كما يلي:

أ. لا يوجد هناك سبباً يجبرني على التحدث مع البشر بشكل حسن لأبدو جذابة، لكن سيكون من المرغوب أن أقوم بذلك –لذلك سوف أبذل جهداً– لكن لا أقتل نفسي وأجهدها– لفعل ذلك.

ب. عبارة مكتوبة في ذهني– يجب أن أكون ذكية– لكن سيكون من الجميل اتصافي بذلك.

ج. أستطيع التحدث بدون عفوية مع البشر وأحافظ على شخصين.

د. عندما أتحدث بسوء ولا أترك انطباعاً حسناً عند البشر، ذلك يجعل مني فقط شخصاً غير مؤثراً لفترة وليس سيئاً بشكل قطعي.

عندما دحضت عُلا أفكارها غير العقلانية بواسطة طرح مجموعة من الأسئلة على نفسها، بدأت تشعر بالتحسن وبالرغبة للتحدث مع البشر الذين تفضل الحديث معهم.

ه. كتابة تقرير عن الذات:

أستخدمت طريقة أخرى من طرق العلاج العقلاني الانفعالي المفضلة مع عُلا تفهم ذاتها– تكتب تقريراً وتكرر ذلك مع نفسها عدة مرات في اليوم بحيث يساعدها ذلك في التوصل إلى الأفكار العقلانية التي ستعمل على تمثلها تدريجياً لدحض الأفكار غير العقلانية. من بعض تلك الأفكار والتي تعد أكثر نفعاً لها: "أستطيع التحدث مع الآخرين بثقة، حتى عندما أشعر بعدم الراحة أفعل ذلك»، «أرغب في التحدث بشكل حسن، لكن ذلك ليس حتمياً»، «لا أحد يموت من القلق الاجتماعي»؛«عندما يرفضني الناس الذين أفضلهم، يمكن أن يوضح ذلك لي أذواقهم» «حتى عندما أتصرف بسوء وأترك انطباعاً سيئاً، أستطيع تعلّم الكثير".

و. الاستدلال – الاستنتاج Referenting

يعدُّ الاستدلال من تقنيات RET التي تبناها العلماء الاختصاصيين بالألفاظ ودلالاتها باستخدام مثل هذه الطريقة في معالجة عُلا، ساعدتها على كتابة ومراجعة الفوائد الناتجة عن مقدرتها على مواجهة ما يجعلها في حالة عدم ارتياح، ويولد عندها التحمل الضعيف للإحباط والذي يجعلها تتصرف بشكل غير ملائم.

وبشكل طبيعي، نسبت عُلا لذاتها (مشاعر الانسحاب والتردد) عندما تتحدث مع الناس المرغوبين لها. بعد ذلك كتبت قائمة بالفوائد الناتجة عن ذلك:

1. سوف تستطيع التمرين والتدريب على التحدث وتصبح أكثر طلاقةً.
2. سوف تتعلَم ما هو مفضَل للحديث مع الآخرين.
3. سوف تقابل العديد من النماذج البشرية، الذين قد تختار منهم أصدقاء أو محبين.
4. سوف تلتقي مع نماذج مماثلة لما كانت عليه (خجولة ومترددة).
5. ستستطيع قبول التحدي والمواجهة في المواقف التي قد تحث من شأنها.
6. ستجد حياتها أكثر متعة.
7. سوف يكون قلقها أكثر حدةً وأقل مدةً.

وعندما استمرت عُلا باستنتاج مثل هذه الدلالات، وجدت نفسها قادرة على القيام بواجباتها التي تشجعها على مواجهة الآخرين بسهولة لم تعهدها من قبل.

ز. تعليم مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي للآخرين:

يقول إليس: لقد اعتدنا على تنبيه العملاء، عندما طبقت التحليل النفسي، كي لا يحللوا أصدقاءهم وأقرباءهم لأنهم تصرفوا بسوء وآذوا أنفسهم وعملائهم ولكن، الآن أفعل العكس، فأشجع الكثير من العملاء على تعليم مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي لأقربائهم ومحاولة التعرف على أفكارهم غير العقلانية. وهذا ما أكد عليه باردBard عام 1980، إن تعليم مبادئ العلاج العقلاني للآخرين يساعد المعلمين في تعلَم دحض الأفكار غير العقلانية بالإضافة إلى طرق أخرى. لهذا، استخدمت عُلا العلاج العقلاني الانفعالي بشكل خاص مع أمها، أختها الصغرى، وصديقة للعائلة، وقد قامت بتطبيق ذلك بفعالية ونشاط عاملةً معهم

لتتعرَف على بعض أفكارهم غير العقلانية وتعمل بنفس الوقت على دحض ما عندها من أفكار.

ثانياً: الطرق النفسية التربوية:

تم استخدام في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي الكتب والأشرطة المسجلة في تعليم مبادئها للعملاء وأعضاء من العامة. مثال على ذلك. تشجيع نظرية RET العملاء على تسجيل جلسات علاجهم الخاصة والاستماع إليها عدة مرات ليتذكروا ويؤكدوا بفعالية على النقاط الإيجابية التي قام بها المعالج أو العميل نفسه خلال الجلسة. وقد وجدت عُلا في تسجيلات جلساتها العلاجية أدوات تعليمية قيمة واستمعت لكل منها بانتظام عدة مرات بين الجلسات.

أ. حل المشكلة Problem Solving ترى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن البشر لديهم نوعين من المشكلات:

1. مشكلات عملية كما هي الحالة مع عُلا عدم الاستمتاع في العمل وإنشاء علاقات فاشلة مع المعالج.
2. مشكلات انفعالية (عاطفية) أو مشكلات حول المشكلات العملية.

بدأت مع عُلا، كما نفعل في العلاج العقلاني الانفعالي، وبالمشكلات الانفعالية، ووضحت لها كيف يمكن تخفض من حدة أو تنتهي هذه المشكلات. بعد ذلك انتقلت إلى مشكلاتها العملية. ومثال ذلك: ذهبت إلى مكان عملها قاصداً التعرف على مشكلاتها هناك، مبيناً لها كيف يمكنها كتابة خلاصة جيدة، وناقشت معها الصعوبات التي تواجهها في المقابلات، وكيف يمكن أن تتصرف عندما تجري مقابلة، وكيف يمكن أن ترفض بعض الأعمال منتظرة فرصاً أفضل وناقشنا أيضاً القضايا العملية حول إمكانية إيجاد الشريك الذكر المناسب. وقدرتها على اختيار المناسب بين المتقدمين.

ب. استخدام الفكاهة أو طابع المرح: Use of Humor

بالنسبة لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي عن الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي يتبناها البشر والتي تسبب لهم الاضطراب الانفعالي غالباً ما تنشأ من إعطاء هؤلاء رغباتهم وتفضيلاتهم معاني مبالغ فيها لتصل إلى حد الحتميات أو الأفكار المطلقة. كما يتعاملون مع الأشياء بجدية مطلقة. وكواحدة من التقنيات الأساسية لمقاومة هذه المبالغة أو التضخيم في التفكير. توظف نظرية RET طريقة المرح. حيث أنها تقنية تعمل على تخفيض واختزال أفكار العملاء إلى شيء من السخافة (أي تقلل من قيمة الأفكار غير العقلانية) مظهرةً لهم مدى سخافة وخفة هذه الأفكار، داعية إياهم إلى الغناء المرح الذي يمكن أن يساعدهم في التغلب على إدراكاتهم المبالغ في جدَيتها.

وبما أن عُلا كانت تتمتع بطابع المرح، استخدمت معها الكثير من المواقف المرحة وقد أثبتت تلك المواقف فعاليتها. لقد وجدت الكثير من المنفعة في الغناء لنفسها، أغاني مرحة وذلك عندما تكون في نوبة قلق أو يأس مثال على ذلك.

يفكر البعض أنه يجب أن يكون للعالم اتجاهاً مستقيماً.وهذا ما أظنه!، وهذا ما أظنه!

ويفكر البعض أنهم لا يستطيعون مواجهة أسخف المواقف. وهذا ما أفكر به!.

لأجلي، يجب إن اثبت إنني إنسان خارق. أفضل من أي إنسان آخر. وأن أظهر ذكاءً وفطنةً خارقة. ودائماً أوازن بين العظماء. تماماً، تماماً إنها العقلانية. إنه الشيء الوحيد لأجلي.

كيف أستطيع التفكير في الحياة إذا كان يجب عليَ العيش وأنا غير معصوم عن الخطأ.

العقلانية يجب أن تكون الشيء التام بالنسبة لي.

أنا يائس، يائس! عندما يحدث أي خطأ في حياتي.

أشعر باليأس، باليأس!

كلما أشعر بأني مجروح ومبتلي.

أشعر باليأس أكثر!

عندما لا تكون الحياة مقدسة.

لا أستطيع ذلك على الإطلاق!

عندما يدخل حياتي أي شيء خاطئ حتى لو كان سخيفاً.

ثالثاً: الطرق الانفعالية للعلاج العقلاني الانفعالي:

أكدت لعدة سنوات — وكما اختار الكثير من كتاب العلاج النفسي أن يتجاهلوا- أن العلاج العقلاني الانفعالي مدرسة متعددة النماذج للعلاج النفسي، ونادراً ما تتعامل مع العميل دون استخدام الطرائق الانفعالية والسلوكية.

وسوف تتم مناقشة بعض الطرق الانفعالية الأساسية التي استخدمها إليس مع عُلا.

أ. التخيُّل العقلاني الانفعالي:

في استخدام التخيل العقلاني الانفعالي، وضح إليس لعُلا كيف تتخيَّل بعض أسوء الأمور التي فكرت فيها، مثل مقابلة رجل شعرَت بأنه جذاب جداً، تحدّث إليها، وبعد ذلك أحسّت وكأنها بكماء غير قادرة على التحدث بوضوح. إن مثل هذا

التخيّل سوف يشعر عُلا استثنائياً باليأس وكره الذات.

وبعد ذلك، ستعمل عُلا على إشعار نفسها بالخيبة فقط وبشكل ملائم وتأسف على ذلك الموقف بدلاً من شعورها باليأس والإقلال من شأن الذات. ستطبق عُلا هذه الطريقة من العلاج العقلاني الانفعالي عدة مرّات في اليوم ولمدة ثلاثين يوماً أو أكثر حتى يتحول الشعور غير الملائم والناتج عن الفشل الاجتماعي إلى مشاعر آسف وخيبة وليس مشاعر قلق وشعور بالعجز. تمارين مقاومة الخجل لقد حصلت عُلا على الكثير من الفائدة من خلال تمارين مقاومة الخجل والتي أوجدتها في الستينات والتي استخدمت في العلاج العقلاني الانفعالي وأشكال أخرى من العلاج. في البداية، اختارت عُلا مجموعة من الأشياء السخيفة لتقوم بفعلها مثل الصراخ بصوت مرتفع في أماكن التجمع في نيويورك والغناء بأعلى صوتها في الشارع. وقد أجبرت نفسها على القيام بهذه الأفعال لكي تشعر نفسها بعدم الخجل.

وعندما نجحت بأداء هذه الأفعال، تحدّث بعد ذلك إلى عدد من الناس الغرباء والرجال الجذابين في الباصات، في المصعد، وفي السوبر ماركت، وأماكن عامة أخرى، بهدف محاولة إقامة علاقات مع هؤلاء الرجال، وسائلة إياهم فيما إذا كانوا يرغبون بدعوتها إلى العشاء أو الغداء. كانت عُلا مترددة كثيراً في البداية، لكنها بعد أن مارست ذلك الفعل حوالي عشرين مرة، فقدت تماماً مشاعر القلق والخجل وكانت قادرة على مقابلة العديد من الرجال المناسبين بهذه الطريقة.

ب. لعب الأدوار Role – Play:

لقد قمت بلعب الأدوار مع عُلا في العديد من المواقف (مقابلات العمل – المواجهات الاجتماعية) ناقشت معها ما كانت تخبر به نفسها وما كان يجعلها قلقة وخجولة في هذه الحالات وما يمكن أن تفكر به بدلاً مما سبق. كما أظهرت لها بعض المشاعر السلبية التي لم تكن مدركةً لها تماماً، وطلبت إليها محاولة تغييرها.

ووجهت لها النقد على سلوكياتها وتصرفاتها في هذه الحالات، وطلبت إليها إعادة التفكير بهم والعمل على تعديلهم. عندما قام أعضاء إحدى المجموعات العلاجية، والتي حضرتها عُلا لمدة ستة أشهر، بلعب دور الأفعال الروتينية معها، كانوا قادرين على جعلها تظهر بعض مشاعر القلق وتعطي مقترحات ممتازة لكيفية التعامل مع هذه المشاعر وكيف تحسن مهاراتها الاجتماعية.

غالباً ما وجدنا هذه الطريقة نافعة وقيمّة مع الناس الخجولين والمحرومين من العلاقات الاجتماعية كما هي الحالة مع عُلا، ومن المفضل إتباع العلاج الجماعي لأنه يقدّم الفرص لإقامة علاقات ومعارف اجتماعية أكثر من العلاج الفردي. تعلّمت عُلا في العلاج الجماعي كيف تتحدث مع الأعضاء الآخرين حول أفكارهم غير العقلانية والذي ساعدها على دحض أفكارها المماثلة.

ج. المجموعات الاجتماعية Social Groups

يقول إليس: في واحدة من مجموعاتي العلاجية، تعلّمت عُلا أيضاً كيف تتصل مع العديد من الأعضاء الأخر، تطلب منهم المساعدة بين الجلسات العلاجية، وتحاول القيام بنشاطات اجتماعية مع بعضهم كانت تفتقر لها في السابق.

د. التقارير الذاتية الفعّالة:

يفترض العلاج العقلاني الانفعالي أن البشر يتسببون في اضطراب أنفسهم ليس فقط بأفكارهم، معتقداتهم، ومواقفهم وإنما بالتوجه بهذه الأفكار نحو الحتمية والتقيدّ بها بقوة وعنف. وبالتالي تشجع العملاء مثل عُلا لأن يعيدوا تعليم أنفسهم بقوة بواسطة الأثر الدرامي. كما وُضّح لعُلا كيفية ابتكار تقارير (معلومات) ذاتية وتكرارها بقوة لنفسها وللآخرين حولها عدة مرات حتى بدأت بحكمة تشعر فيهم وتقتنع بحقيقتهم.

لذلك، أخبرت نفسها بقوة ونشاط "إنه لمن المؤلم أن تكون مرفوضاً اجتماعياً أو حتى في العمل، ولكنه ليس شيئاً رهيباً، أريد أن أجد الرفيق المناسب، لكن ليس من المفروض إذا أدرك البشر قلقي، سوف يبتعدون عني، وإذا فعلوا ذلك، شيء قاسٍ وصارم!". "أستطيع التحدث مع الرجال الجذابين، بغض النظر عن عدم الارتياح الذي قد يتولد عندي".

ه. حوار الذات الفعّال:

استخدمت عُلا تقنية أخرى من تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي، وهي حوار الذات الفعّال وقامت بتسجيلها. بدأت بفكرة غير عقلانية – مثل «يجب أن نتحدث بسهولة وعفوية دون جهد». بعد ذلك بعقلانية وبنشاط حقيقي ناقشت ضد الفكرة السابقة – وهكذا ربح صوتها العقلاني وتغلّب على اللاعقلاني وتغيّرت مشاعرها بشكل ملائم.

وقد استمعت عُلا للأشرطة المسجلة (حول حوارها مع ذاتها) وجعلت أصدقاءها وأفراد الجماعة يستمعون أيضاً ويختبرون قدرة عُلا على دحض أفكارها غير العقلانية (هل كانت مناقشتها جيدة كفاية لتغيير الأفكار غير العقلانية). ومارست أحياناً طريقة قلب الأدوار مع عُلا حيث قام أحد أعضاء المجموعة بلعب دور عُلا بأفكارها غير العقلانية، وهي لعبت دور الذات العقلانية وحاولت مناقشتنا بنشاط وفعّالية لإقناعنا بأفكارنا غير العقلانية.

و. القبول غير المشروط للذات:

كنت دائماً أقبل عُلا دون شروط، حيث إن القبول غير المشروط للذات هو الجزء المتمم للعلاج العقلاني الانفعالي، بغض النظر إذا تصرفت بسوء داخل أو خارج المعالجة، حتى عندما كانت تأتي متأخرة إلى الجلسات، أو عندما كانت تقف في الخلف عند دفع فاتورة العلاج للمركز، كنت أبين لها أن سلوكها هذا سلوك سيئ، لكنني لم أعتبرها يوماً شخصاً سيئاً كما علمتها كيف تقبل ذاتها دون

شروط وفي أية حالة، وكيف تصنف أفعالها وصفاتها فقط دون شخصها ككل. بالإضافة إلى كل ما تعلمته عُلا من العلاج العقلاني الانفعالي، كان القبول غير المشروط للذات هو أفضل ما تعلمته.

رابعا: الطرق السلوكية للعلاج العقلاني الانفعالي:

لقد استخدمت العديد من الطرق السلوكية في علاج عُلا وكان أهمها هو التالي:

أ. النشاط المنزلي Activity Homework:

منذ بداية علاجها، كانت تعطى عُلا واجبات ونشاطات منزلية، التحدث إلى الرجال الذين تجدهم جذابين، إجراء مقابلات عمل، إجراء أحاديث عامة، وإخبار من تحبهم أنها لا تريد أن تراهم إذا عرفت أنهم يغشونها. كانت تقوم بهذه الواجبات حتى لو كان ذلك يسبب لها عدم الارتياح، وبواسطة ذلك تعلّمت عُلا حكمة العلاج العقلاني الانفعالي القائلة "وجد هناك مكسب ضئيل بدون ألم". كلما كانت تقوم بهذه الواجبات كانت تشعر بعدم ارتياح لكنها ما تلبث أن تتغلب على ذلك الشعور، وتستمع في ممارسة بعضها. مثل تبادل أطراف الحديث وكلمات الغزل مع الرجال المناسبين. كما استطاعت عُلا بممارسة هذه الواجبات ملاحظة الفرق بين ما كانت تشعر به من قبل العلاج وما شعرت به بعد ممارسته.

ب. العقاب والثواب Reinforcement and Penalties

وُضّح لعُلا كيف تعزز ذاتها – عادة بالذهاب إلى حفلات موسيقية – بعد قيامها بواجباتها على أكمل وجه، وكيف تحرم نفسها من ذلك التعزيز في حال تقصيرها. وجدت عُلا المكافآت مفيدة بشكل خاص عند قيامها بواجب العلاج العقلاني الانفعالي، لأنه كان يتوجب عليها القيام بذلك النشاط (الواجب) عدة أيام متوالية، بعد ذلك تتراخى، تخمد، وتنسى الواجب إذا لم يكن هناك محفز.

يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي العقاب بالإضافة إلى الثواب، فمن كان لا يقوم بالواجب الموكل إليه كان يعاقب. وعندما كانت عُلا لا تنفذ ما طلب منها ولا تنجز عملها، كانت تختار حرق فاتورة علاج مدفوعة بقيمة عشرين دولاراً.

ج. تدريب المهارة Skill Training:

كانت تعطى عُلا، خلال الجلسات الفردية والجماعية، وفي العديد من المشاغل والورش العامة المخصصة لمركز العلاج العقلاني الانفعالي، دروس في التدريب مثل التدريب على الحزم (الإصرار)، الشجاعة الاجتماعية، كتابة الاستنتاجات، وفي مهارات التواصل. وقد ساعد التدريب المهاري عُلا في عدة مجالات — مثل التواصل الأفضل مع والدتها — الذي لم تنشأ عليه أبداً بسبب المشكلات النفسية — وبسبب ذلك قالت عُلا في نهاية الجلسات العلاجية «أنا سعيدة جداً لأنني بدأت العلاج العقلاني الانفعالي بقلق اجتماعي وصعوبات انفعالية أخرى، والحافز العظيم لهذه الجلسات العلاجية هو تغلبي على تلك الصعوبات بالإضافة إلى المتعة التي شعرت بها خلال العلاج والتي لم أكن أتوقعها».

وأخيراً يعلّق إليس على هذه الحالة قائلاً: رأيت عُلا لمدة تسعة أشهر، بدأت معها بالعلاج الفردي ثم بعد ذلك انتقلت إلى علاج المجموعات وعندما انتهت من العلاج أصبحت عُلا قادرة على التحدث بسلاسة مع الرجال الجذابين، كنت تحضّر نفسها لتقوم بالتعليم الذي تجنبته كثيراً من قبل، لم يعد لديها مشكلات تمنعها من التعامل مع البائعين عندما تريد التسوق، استطاعت أن تغيير شركاءها الذكور غير المناسبين وذلك بعد التعرف عليهم لأسابيع أو ربما شهور. لقد شفيت تماماً. لم أعد أرى عُلا في العيادة من أجل العلاج، وإنما كانت تأتي مساء كل جمعة لتناقشني في مشكلات يومية، وتطرح الأسئلة وتقدم الاقتراحات العقلانية للمتطوعين القادمين للعلاج، كانت تحضر جلسات الشاي، تساهم في توزيع

المشاركين في ورشات العمل. كانت عُلا ممتنةً لمركز العلاج العقلاني الانفعالي لما قدمه لها من خبرة ومهارات اجتماعية كانت تفتقد لها قبل قدومها إلى المركز.

إن حالة عُلا لا تعد نموذجاً للمرضى الذين يعانون من القلق الاجتماعي، وذلك لأنها كانت مستجيبة للعلاج وبذلت جهداً كبيراً وكان تحسنها سريعاً وقد لا ينطبق هذا على كل حالات القلق الاجتماعي. ولكن ما يمكن قوله هو أن اندفاع العميل واستجابته للعلاج هما أساس التقدّم، والتحسن، والسرعة في العلاج وذلك باستخدام العديد من تقنيات العلاج RET.



الفصل الرابع



العلاج العقلاني الانفعالي الفردي

الفصل الرابع

العلاج العقلاني الانفعالي الفردي

- خصائص العلاج العقلاني الانفعالي الفردي.
- سلبيات العلاجRET الفردي.
- عملية العلاج RET الفردي.
- تفريد نظريةRET الفردي.
- جلسة نموذجية للعلاج RET الفردي.
- نموذج لدراسة حالة.

العلاج العقلاني الانفعالي الفردي

مقدمة:

تطورت طرائق الإرشاد النفسي وفنياته مع تطور علم النفس بعامة، والخدمات النفسية الفردية بخاصة مثل الإرشاد النفسي الفردي، والإرشاد الأسري، والإرشاد الزواجي والإرشاد الجماعي، حيث كانت البداية لخدمات الإرشاد وخصوصاً التربوي والمهني والتي تهدف إلى مساعدة الفرد على اختيار نوع الدراسة أو المهنة والالتحاق بها، والتكيف معها وفقاً لإمكاناته وقدراته واتجاهاته، أما الآن فإن الإرشاد النفسي يهدف إلى تنمية قدرات الفرد الكامنة بغية الوصول إلى تحقيق التوافق. وهذا العمل يتطلب مجموعة من الأساليب والطرق للوصول إلى الغاية المنشودة.

وهذه الأساليب الإرشادية تعد من الفنيات التي أنتجتها نظريات الإرشاد والعلاج النفسي منذ بداية القرن العشرين وحتى الآن باعتبارها نتيجة حتمية لتعدد النظريات التي تساعد على فهم الطبيعة الإنسانية، وتحقق لها التوجيه والإرشاد وصولاً إلى التوافق النفسي. كما إنَّها طريقة علمية ذات أساليب واضحة ووسائل علمية، وليست ارتجالاً عشوائياً. وتختلف الطرائق الإرشادية بحسب ما يناسب شخصية المسترشد في ظروفه الاجتماعية ومستواه العقلي والعلمي. وتختلف الطرائق الإرشادية أيضاً تبعاً لنوع المشكلة: سواء أكانت تربوية أم نفسية أم اجتماعية. كما يُقدِّم تعدد الطرائق للمرشد الخبير مجالاً واسعاً ليختار لكل حل ما يناسبه.

وتتعدد طرائق الإرشاد بناء على تعدد النظريات. فالإرشاد المباشر يرتبط بالنظرية السلوكية وبنظرية التحليل النفسي والعلاج العقلاني الانفعالي، أمّا الإرشاد غير المباشر فيرتبط بنظرية الذات أو نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد. ومع ذلك، فإن طرائق الإرشاد تتفق فيما بينها بالأهداف التالية:

أ. مساعدة المسترشد على فهم نفسه وتبصيره بذاته وبمشكلاته.
ب. مساعدة المسترشد على اكتساب عادات تكيفية حقيقية تجعله أكثر فاعلية ونجاحاً في علاقاته مع الآخرين، وفي مواجهة مشاكله اليومية، والتغلب عليها ليكون أكثر سعادة، وأكثر نفعاً لمجتمعه.
ج. استغلال إمكانات المسترشد الذاتية لزيادة مقاومته للمشاكل وحلها بطرق واقعية ودون خداع للذات.

ومن الأساليب المستخدمة في الإرشاد العقلاني الانفعالي أسلوب الإرشاد الفردي والذي يعني عملية إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه في كل جلسة، وتعتمد فاعليته أساساً على العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد. ويستخدم الإرشاد الفردي في الحالات التي يغلب عليها الطابع الفردي ولاسيما الحاجات الفردية، كالانحرافات الجنسية والحالات التي يصعب تناولها عن طريق الإرشاد الجماعي.

ويمكن إجمال وظائف الإرشاد الفردي بما يلي:

أ. تبادل المعلومات بين المرشد والمسترشد مع إثارة المشكلات التي تضايق المسترشد.
ب. تفسير المشكلات بصورة واضحة ومنطقية وفق رؤية المسترشد.
ج. وضع الخطط الإرشادية اللازمة لحل تلك المشكلات التي يعاني منها المسترشد.

خصائص العلاج العقلاني الانفعالي الفردي:

ثمة مجموعة من الخصائص التي تميز العلاج الفردي حسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، عن غيرها من النظريات العلاجية، وأهم هذه الخصائص مايلي:

1. يزود الأسلوب الفردي للعلاج العقلاني الانفعالي العملاء بحالة خاصة قائمة

على الثقة المتبادلة بين المعالج والعميل. وهذا يساعد العميل لأن يكون قادراً على إفشاء خصوصياته من دون خوف أو خجل من دون أن يستخدم الآخرين هذه المعلومات لضرره أو أذيته، بمعنى السرية التامة للمعلومات التي يبوح بها العميل للمعالج، والتي لا يمكن أن يفشي أي شي منها لأي أحد مهما كان. فقد يوجد هناك بعض العملاء الذين يعانون من القلق بشكل خاص من الآخرين وخصوصاً إذا استخدم معهم المعالج العقلاني الانفعالي أسلوب العلاج الجماعي، فمن المحتمل أن يتولّد لديهم ردود أفعال اتجاه المعلومات المصرح عنها، ويقودهم بالتالي مثل هذا القلق إلى عدم المشاركة الفعّالة في هذا الأسلوب من العلاج.

وبشكل مماثل، إن العملاء الذين يخافون كشف أسرارهم أمام الآخرين كما في العلاج الثنائي (الزوجي)، يُفضل معالجتهم بالأسلوب الفردي، وقد يتم أحياناً الانتقال بالعملاء من أسلوب العلاج الفردي إلى أسلوب آخر، وذلك عندما يظهرون الرغبة في إفشاء خصوصياتهم أمام الآخرين.

2. يعمل العلاج الفردي – بطبيعته الثنائية – على تقديم الفرصة لإقامة علاقة مغلقة بين المعالج والعميل غير قابلة للإنهاء أو التوقف عند دخول أعضاء جدد (معالج مساعد أو عملاء آخرون).

وتعد هذه الصفة هامة في علاج بعض العملاء غير القادرين على إقامة علاقات وثيقة مع أناس هامين بالنسبة لهم في حياتهم من جهة، وشعورهم بتهديد استقلاليتهم عند دخولهم في جلسات العلاج الجماعي من جهة أخرى.

3. يمكن بواسطة العلاج الفردي مراعاة الفروق بين العملاء (حسب قدرة كل عميل على التعلّم)، وهكذا يمكن أن يناسب الوضع الحالي للعميل، وسرعة تعلمه. لكن يتطلب انتباه كامل من قبل المعالج. حيث يعد هذا هاماً بالنسبة للعملاء الذين يشعرون بالاضطراب عند تعرضهم لتفاعلات معقدة في الأشكال الأخرى للعلاج.

4. تظهر دلالة وأهمية العلاج الفردي في العلاج العقلاني الانفعالي (RET) عندما تتضمن المشكلات الأساسية للعملاء علاقتهم مع أنفسهم أكثر من علاقتهم مع الآخرين.
5. قد تظهر دلالة العلاج الفردي بالنسبة للعملاء الذين يرغبون تمييز أنفسهم عن الآخرين، وخصوصاً أولئك الذين قرروا ترك العلاقة الجماعية وفضلوا التعامل مع المشكلات الفردية. في هذه الحالة، يمكن إجراء جلسات مشتركة مع الشريك، لما لها من فائدة، خاصة في أمور التوافق والرضا عن الذات.
6. إن فائدة تنويع المعالجين لأساليبهم العلاجية مع العملاء بهدف خفض أو حل المشكلات التي يعانون منها وذلك عن طريق تقديم أسلوب تفاعلي غير مناسب يقدم فرصة مناسبة لبعض العملاء الذين يفضلون الأسلوب الفردي في العلاج عن غيره. حيث يقدّم هذا الأسلوب في العلاج العقلاني الانفعالي للمعالجين الفرصة كي ينوعوا في استخدام أساليبهم التفاعلية مع العملاء، من دون أن يؤثر هذا التنويع بشكل معاكس على وجود عملاء آخرين، كما هو الحال في الأشكال العلاجية الأخرى.
7. تظهر دلالة العلاج الفردي بشكل خاص مع العملاء الذين يعانون من مشكلات نفسية شديدة عند مشاركة عملاء آخرين في البرنامج العلاجي.
8. قد يكون هناك أسباباً سلبية تدعو إلى استخدام العلاج الفردي. فقد يكون العملاء الذين قصدوا العلاج الفردي تم علاجهم في السابق عن معالجين آخرين استخدموا معهم أساليب أخرى من العلاج لم تحقق لهم أي فائدة مرجوة.

مثال ذلك: فقد يلجأ بعض العملاء إلى الانسحاب والتراجع أثناء العلاج الجماعي، أو يظهرون كرهاً شديداً للاستفادة من العلاج الأسري، وكلا النموذجين من العملاء يرغبون بالعلاج الفردي بدلاً من العلاج الجماعي أو أي نوع آخر من العلاج.

سلبيات العلاج الفردي:

1. قد يقود العلاج الفردي بعض العملاء إلى الاعتماد على المعالج إلى حد كبير، وقد تقود هذه الاتكالية الشديدة العميل إلى التخلي التدريجي عن العلاج. ويمكن تلافي هذه السلبية بمساعدة العميل بالعلاج الجماعي، حيث تقّل اتكاليته الكبيرة على المعالج بسبب وجود أكثر من شخص ضمن المجموعة العلاجية.
2. يبدو أحياناً أن الأسلوب الفردي للعلاج العقلاني الانفعالي غير مؤيد لإقامة علاقة وثيقة بين المعالج والعميل، إلا أن المواجهة المغلقة بينهما تقود لإقامة علاقة يسودها التعاطف والود والذي قد يعتبرها العميل تهديداً مفرطاً لشخصيته.
3. قد تظهر سلبية العلاج الفردي بالنسبة للعملاء الذين يجدون هذا الأسلوب من العلاج مريحاً جداً، اعتماداً على فكرة أن التغيير الشخصي يصبح أسهل في الحالات التي يوجد فيها مستويات حث وإثارة نحو الأفضل، العلاج الفردي لا يقدم فرصاً للتحدي والإثارة أمام العملاء. فقد وجد Ravid,1969 أنه يمكن للعلاج الفردي أن يكون غير فعال مع العملاء الذين خضعوا إلى جلسات علاج فردي سابقة، لأنهم في الواقع يحتاجون إلى أشكال أخرى من العلاج.
4. قد لا يكون العلاج الفردي مناسباً للعملاء الذين تبدو لهم الأساليب العلاجية الأخرى أكثر نفعاً.

مثال على ذلك:

أ. العملاء الذين يعانون من الخجل، والانسحاب، والخوف من المبادرة، هم على الأرجح سيستفيدون من العلاج الجماعي إذا أقنعوا بُمشاركة الآخرين في جلسات العلاج.

ب. إن الأزواج(العلاج الزواجي) الذين يستخدمون بفعّالية الوضع التشاركي للمعالجة الثنائية، يستفيدون في هذا الشكل من العلاج أكثر من العلاج الفردي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي (RET).

ويمكن للكلام السابق أن يثبت صحته، بشكل خاص عندما يستطيع العملاء التغلب على مشاعرهم المضطربة الناتجة عن فشلهم في إقامة علاقة ناجحة، وعندما يتعاملون مع حالات مخصصة لتعزيز الرضا المتبادل بين الطرفين، كحالات تكفل المشاركة التواصلية بينهما.

قضايا وحالات أخرى:

في الوقت الذي يقرر فيه المعالجون والعملاء العمل في أسلوب خاص في أساليب العلاج العقلاني الانفعالي، فإنه من المهم التأكيد على إمكانية تغيير هذا القرار. فمن الممكن للعملاء أن ينتقلوا من أسلوب إلى آخر، وهكذا يمكن للعلاج الفردي أن يكون جزءاً من استراتيجية علاج شاملة. ومن المتوقع أن يحدث مثل هذا الأمر نتيجة لأسباب إيجابية وأخرى سلبية، نذكر أهمها:

1. إن الانتقال الفعال (المنتج) من وإلى العلاج الفردي، يمكن أن يحدث عندما يكون العملاء قد حصلوا على مكاسب علاجية في إحدى الأساليب العلاجية، وسيتلقون فائدة أكبر بانتقالهم إلى أسلوب علاجي آخر.
2. أما الانتقال السلبي داخل وخارج العلاج الفردي، يمكن أن يحدث عندما لا يتحسن العملاء من الأسلوب العلاجي المقدّم. ويمكن استنتاج أن هذا الأسلوب من العلاج لا يساعد على التقدم أو التحسن في حالة العملاء النفسية.

وبناءً على ذلك يمكن القول: إن العمل مع العملاء بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي الفردي يبدو أكثر فائدة وفاعلية بالنسبة لهم، إذا فضلوا هذا الأسلوب أثناء عملية العلاج، وليس على ما يراه المعالج مناسباً للعملاء. ولمعرفة مدى انتفاع العملاء من العلاج الفردي، يمكن إخضاعهم لهذا الأسلوب من العلاج وتسجيل استجاباتهم نحوه.

عملية العلاج العقلاني الانفعالي الفردي:

تتضمن عملية العلاج العقلاني الانفعالي الفردي مجموعة من المراحل، هي المرحلة الأولية والثانوية والنهائية، والتي يمكن توضيحها في الآتي:

أ. المرحلة الأولى من العلاج العقلاني الانفعالي الفردي:

عندما يدخل العميل مرحلة العلاج العقلاني الانفعالي الفردي، فإنه على الأرجح يعلم القليل أو لا يعلم شيء حول طبيعة هذه الطريقة العلاجية. وفي هذه المرحلة، تكون المهمة الأساسية للمعالج هي إعلام العميل المبادئ الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي، مساعداً إياه على استيعاب طبيعة هذه الطريقة العلاجية، وماذا يمكن أن تتضمّن فيما يتعلق بإنشاء العلاقة بين العميل والمعالج.

فقد يحاول بعض المعالجين بهذا الأسلوب إطلاع العملاء على الفعاليات العلاجية السابقة، وتعد هذه المهمة الأساسية للمعالج في هذه المرحلة مهمة في التعرف إلى مدى استيعاب العميل وفهمه لمبادئ العلاج العقلاني الانفعالي، والعمل على تصحيح أي مفهوم خاطئ لديه حول هذا العلاج.

وفي الغالب يطلب المعالج من العملاء أن يقدموا معلومات معينة، وتفاصيل إضافية عن حياتهم الشخصية ومشكلاتهم الحالية، وذلك من أجل وضع خطة علاجية تتناسب وطبيعة المشكلات التي يحملونها إلى غرفة المعالج. حيث يقدم لكل واحد منهم استمارة معلومات شخصية ويطلب منهم أن يقوموا بتسجيل المعلومات العامة عن شخصيتهم. والغاية من وراء ذلك هي تزويد المعالج بالمعلومات المتعلقة بالأفكار غير العقلانية التي تشكل أساس مشكلات العميل واضطراباته. كما أن العملية العلاجية تنطلق في البداية من معرفة الظواهر الخارجية التي تؤثر على العميل، على اعتبار أن المعالجة القائمة على العلاج العقلاني الانفعالي تتمركز في البداية على المشكلة الأساسية للعميل. فعلى سبيل المثال يطرح المعالج أسئلة على العميل مثل "ما الذي يزعجك كثيراً؟"، "ما هي مشكلتك الأساسية في هذه

اللحظة"؟. إن مثل هذه الأسئلة تساعد العملاء وتشجعهم على التركيز على المشكلة وحلها. وعلى المعالج النفسي أن يقرأ بشكل روتيني وبصوت مرتفع المعلومات التي دونها العميل حول سيرته الذاتية، والطلب منه التحدث عن الأمور الأكثر إزعاجاً بالنسبة له في قائمة المشكلات. قبل التقدّم إلى مرحلة التقييم في العلاج، يحاول المعالج النفسي غالباً التوصل إلى اتفاق مع العميل فيما يتعلق بالمشكلة الأولى التي سيتم معالجتها. وعندما تتحقق هذه الخطوة، يتقدّم المعالج إلى مساعدة العميل على استيعاب وفهم مشكلاته وفقاً لنموذج ABC (الذي ورد شرحه في الفصل الأول)، وذلك وفقاً للخطوات التالية:

1. أن يفهم ويدّرك مشكلات العميل وفق نموذج ABC.
2. تعليم العميل نموذج ABC للاضطراب الانفعالي.
3. تصحيح أية مفاهيم خاطئة لدى العميل عن العملية العلاجية.

وهكذا، يحاول المعالج أن يبين للعميل أن العلاج العقلاني الانفعالي هو شكل من العلاج يركز على المشكلة، وأنه تربويٌ بطبيعته، ويحتوي على طرائق فعّالة وموجهة. كما يشجع المعالج العميل على إدراك أن مهمته الأولية هي تعلّم التركيز على المحددات المعرفية لمشكلاته.

وثمة مهامّ أخرى يجاهد المعالج (RET) لإنجازها في المرحلة الأولية للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي وفيما يلي بعضاً منها:

أ. مساعدة العميل على استيعاب وفهم أنه في العلاج العقلاني الانفعالي، يهتم المعالج بشكل أساسي بمساعدة العميل على حل مشكلاته الانفعالية والسلوكية قبل حل مشكلاته المهنية والبيئية.

ب. طمأنة العميل ومساعدته على التحكم والتبصّر في مشكلاته من خلال استخدام الأسئلة والأفكار البنائية.

ج. محاولة استيعاب المدى التي تؤثر فيه أعراض المرض عند العميل على علاقاته وأعماله.

وتُنَفذ هذه المهمة الأخيرة لتحديد فيما إذا كان أو لم يكن تضمين عملاء آخرين مضمون النتائج، فإذا كانت النتائج مضمونة، يمكن عندها الانتقال إلى أسلوب آخر للعلاج.

ب. المرحلة الثانية: التقييم Assessment

لقد قمنا بشرح هذه الفكرة في الفصل الثاني، لكن يوجد هنا مناقشة إضافية حول هذا الموضوع، وقد بدت واضحة في تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي الفردي.

كما سبق وعلّقنا على أن المعالج في RET يبدأ دائماً بمناقشة المشكلات الملحة للعميل. لكن يوجد هناك بديلاً يدعو إلى العمل على معالجة المشكلة الأسهل حلاً بالنسبة للعميل، لأن هذا قد يعزز مدى مصداقية المعالج، ويولد شيئاً من الأمل عند العميل. وسواء تمّ البدء بالمشكلة الأكثر إلحاحاً أو بالمشكلة الأسهل حلاً، فإن المعالج سيحاول الاعتماد على خطة جيدة وطريقة ناجحة تساعد في انخراط العميل في العملية العلاجية. وخلال عملية التقييم، يكون المعالج منتبهاً لمساعدة العميل على فهم واستيعاب العلاقات والروابط بين العناصر C, B, A ومهتم بشكل خاص بمساعدة العميل على استيعاب دور الأفكار والمعتقدات (B) المتقلبة والمتغايرة. بالإضافة إلى ذلك، يولي المعالج انتباهاً خاصاً لإمكانية وجود "مشكلة حول المشكلة" Problem a bout Problem "قلق حول القلق" وهذا ما تم مناقشته في الفصل الأول.

وإذا تم تحديد المشكلات الثانوية، فمن المهم للمعالج أن يساعد العميل على فهم واستيعاب سبب الإلحاح على تغييرها قبل المشكلات الأولية والأساسية للعميل. وهكذا سيتبين للعميل أنه على سبيل المثال – إذا كان لديه شعور بالذنب بسبب الغضب، سوف يكون نجاحه أقل إذا بدأ العمل على التغلّب أولاً على مشكلة الغضب بينما هو يشعر بالذنب حولها .أي يجب أن تعالج مشكلة الذنب ومن ثم مشكلة

الغضب. ولكي يقبل العميل العمل على معالجة مشكلاته الثانوية قبل الأساسية منها، لابد من توفر قاعدة إرشادية تساعد المعالج في الشرح والإقناع.

معلومات عن الحياة الشخصية:

التاريخ	الاسم
اليوم/الشهر/السنة:	الاسم: اسم الأب: الكنية

معلومات حول الحياة الشخصية:

تعليمات: لتكن عوناً لنا في مساعدتك، يرجى منك ملئ هذه الاستمارة بصراحة قدر الإمكان، والتي ستوفر الكثير من الوقت والجهد في حال إعطائنا معلومات تامة. ويمكنك التأكد من أن كل شيء تقوله وتكتبه في هذه الاستمارة سوف يحفظ بأمان، ولن يسمح لأحد بالإطلاع على سجلك دون إذن خطي من قبلك.

1. تاريخ الميلاد: اليوم/الشهر/السنة..... العمر: ...... الجنس: ذ...... أ ....
2. العنوان:......... الشارع.......... المدينة............
3. هاتف المنزل: هاتف العمل:
4. العنوان الدائم (في حال اختلافه عن العنوان في الأعلى)...............
5. من وجّهك إلى العيادة أو مركز العلاج؟ (اختر واحدة):

1. شخصي ( )	2. المدرسة أو المعلم( )	3. المرشد أو الطبيب النفسي ( )
4. وكالة اجتماعية( )	5. مستشفى أو عيادة( )	6. طبيب الأسرة ( )
7. صديق( )	8. قريب( )	9. شخص آخر (اشرح عنه) ......
هل هو موجود هنا؟	نعم..............	لا..................

6. الوضع الأسري الحالي:

1. غير متزوج ( )	2. متزوج الآن ولأول مرة( )	3. متزوج الآن للمرة الثانية أو أكثر( )
4. منفصل( )	5. مطلّق وغير متزوج مرة أخرى( )	6. أرمل وغير متزوج مرة أخرى( )

عدد سنوات الزواج مع الزوج الحالي..............................

أعمار الأولاد الذكور..............................

أعمار الأولاد الإناث.................

7. عدد سنوات التعليم الرسمي كاملةً (ضع دائرة حول عدد السنوات)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 ، الجامعة، دراسات عليا

8. ما هي مستوى تدينك؟ (ضع دائرة حول المقياس المعبر عن درجك تدينك)

متدين جداً   معتدل   متدين إلى حد ما

9. عمر الوالدة.................وإذا كانت متوفية، كم كان عمرك عندما توفيت؟.........................

10. عمر الوالد...............وإذا كان متوفى، كم كان عمرك عندما توفي؟..............................

11. إذا كان والدك ووالدتك منفصلان، فكم كان عمرك في ذلك الحين؟..........................

12. إذا كان والدك ووالدتك مطلقان، فكم كان عمرك في ذلك الحين؟..........................

13. عدد المرات التي طُلقت فيها الأم:.................. عدد المرات التي طلق فيها الأب:...........................
14. عدد الإخوة الذين على قيد الحياة:.............. عدد الأخوات الذين على قيد الحياة.........................
15. أعمار الإخوة الموجودين: ....أعمار الأخوات الموجودات......................
16. أنا طفل في عائلة مكونة من................. أطفال.
17. ما نوع المعالجة السابقة التي كنت تتلقاها لمشكلاتك النفسية؟
18. عدد ساعات العلاج الفردي، استمرت حوالي.................. سنة، انتهت منذ........................ سنين.
19. ساعات العلاج الجماعي في المستشفى النفسي ....
20. هل تخضع لمعالجة في أي مكان آخر الآن؟ نعم .... لا ....
21. عدد المرات خلال السنوات الماضية التي تناولت فيها المسكنات ....
22. نموذج أو أسلوب العلاج النفسي الذي خضعت له(تحليل الأحلام، التداعي الحر، العقاقير، التنويم المغناطيسي).

- صف بإيجاز طريقة العلاج...................................

23. أكتب بإيجاز عن مشكلاتك الحالية وعلامات المرض.

....
....
....
....

24. أكتب بإيجاز عن أي مشكلات إضافية حدثت في الماضي.

....
....
....
....

25. تحت أي ظرف تكون مشكلاتك أسوء. (متى تكون مشكلاتك متأزمة)؟

....
....
....

26. ما هي الظروف التي تشعر فيها بالتحسن؟

....
....
....

27. ما هي الأشياء، ومن هم الأشخاص الذي تشعر معهم بالسعادة والراحة؟

....
....
....

28. ما هي مصادر ونقاط قوتك؟

....
....
....

29. ما هي مصادر ونقاط ضعفك؟

....
....
....

30. ما هي الصعوبات الاجتماعية التي تواجهها؟

....
....
....

31. ما هي الصعوبات الأساسية التي تواجهها في أمور الحب والجنس؟

....
....
....

32. ما هي الصعوبات الأساسية التي تواجهها في المدرسة والعمل؟

....
....
....

33. ما هي أهدافك الأساسية في الحياة؟

....
....
....

34. ما هي الأمور التي ترغب بتغييرها في حياتك؟

....
....
....

35. ما هي الأمراض المزمنة والمشكلات الجسدية الأساسية التي تعاني منها؟

....
....
....

36. ما هي المهن التي تدرّبت عليها؟

العمل الحالي .... عمل كامل............ عمل جزئي.......

37. عمل الزوجة:...............................

38. عمل الأم .... عمل الأب ....

39. ديـــــن الأب:.........   ...... ديـــــن الأم:

....

40. إذا لم يعمل والداك على رعايتك عندما كنت شاباً، فمن كان يقوم بذلك؟

....

....

....

41. صف بإيجاز شخص والدتك (زوجة أبيك، أو من ناب عنهما) عندما كنت طفلاً، وكيف تابعت معها مسيرة حياتك؟

....

....

....

42. صف بإيجاز شخص والدك (زوج أمك، أو من ناب عنهما) عندما كنت طفلاً وكيف كانت علاقتك معه؟

....

....

....

43. صف بإيجاز الأمور المسببة لحدوث اضطراب في علاقتك مع إحدى إخوتك إن وُجدت.

....

....

....

44. صف بإيجاز الأمور المسببة لاضطراب علاقتك مع أخواتك إن وجدت.

....
....
....

45. عدد المقرّبين الذكور الذين يعانون من اضطراب انفعالي مرضي.

....
....

- عدد المرات التي دخل فيه مستشفى الأمراض النفسية لتلقي العلاج............
- عدد المقربين الإناث الذين يعانون من اضطراب انفعالي شديد...............
- عدد المرات التي دخلوا فيها مستشفى الأمراض النفسية........................

46. معلومات إضافية ترى من المفيد إضافته:

....
....
....

ج. المرحلة الثالثة: التدخل العلاجي Therapeutic intervention:

بعد أن يقوم المعالج مشكلة العميل بنجاح وفق نموذج ABC، ويفهم العميل ويقبل هذه الصياغة، يستطيع عندها المعالج الانتقال إلى مرحلة ودحض الأفكار غير العقلانية واستخدام الفنيات الملائمة والتي تم شرحها في الفصل الثاني.

إن الهدف الأولي للدحض هو مساعدة العميل على فهم واستيعاب عدم منطقية تقييماته الحتمية وغير العقلانية وبالمقابل إدراك منطقية بدائله العقلانية. بعد ذلك يقوم العميل بأداء وتنفيذ مجموعة من الواجبات والمهام المختارة خصيصاً لتقوية المعتقد العقلاني وإضعاف غير العقلاني. يمكن للواجبات والمهام أن تكون من طبيعة معرفية – انفعالية أو سلوكية، وإن اختيار المهمة المناسبة

سيحدد وفق طبيعة مشكلات العميل وقدرته الحالية على التعلّم. وكمهمة إضافية، يقترح معالجو العلاج العقلاني الانفعالي بأن يقرأ العملاء معلومات عن العلاج العقلاني الانفعالي المصمم لمساعدتهم على اكتساب تبصّر ووعي لدور التقييمات الحتمية غير العقلانية في مشكلاتهم، وأهمية استبدال هذه الأفكار والمعتقدات غير العقلانية ببدائلها العقلانية.

وانطلاقاً من هذا الاعتبار، يعمل المعالجون وفق طريقة العلاج العقلاني على إعطاء مرضاهم مجموعة من الاستبيانات، ويؤكدون على ضرورة إطلاعهم على الفصول الافتتاحية التي تتحدث عن دليلٌ جديدٌ للعيش العقلاني New guide to Rational Living. إلاّ أن هذا الكتيب معقداً جداً بالنسبة لبعض العملاء الذين سيستفيدون بشكل أكبر من قراءة كتاب الاستشارة العقلانية Rational Counseling Primer وكتاب دليل السعادة الشخصية Guide to Personal Happiness. ومثال ذلك:(كيف تحّب وكيف تكون محبوباً، How to Love and Be Loved).

ويكون المعالج باتجاه نهاية المرحلة الأولية، متفهماً لمشكلات العميل الانفعالية والسلوكية، ويبدأ يصنفها حسب أولوياتها بتعاون العميل، وهكذا يكون قد توصّل إلى وضع بنية مناسبة للتطبيق العلاجي في العلاج العقلاني الانفعالي الفردي. كما يتم التوصل في هذه المرحلة إلى معرفة واتفاق بين المعالج والعميل على النظام الذي سيتم وفقاً له معالجة المشكلات.

وبالرغم من اتساق هذه المرحلة وتكاملها للوصول بالعميل إلى درجة تمكنه من التعامل مع المعالج الذي يستخدم الأسلوب الفردي في العلاج معه، إلاّ أنها تواجه بعض المعوقات الإضافية الأخرى التي تقاوم التقدم العلاجي لدى العميل، وأهمها:

1. يتمثل المعوق الأول كما يشير "جريجير وبويد" (Grieger and Boyd) في فشل المعالج في التوصل إلى معلومات واضحة عن مشكلات العميل. ويمكن أن

يحدث مثل هذا الشيء عندما لا يخصص المعالج الوقت الكافي لكل مشكلة من مشكلات العميل بل ينتقل من مشكلة إلى أخرى في تتابع سريع.

2. وثمة عقبة أخرى يمكن أن تحدث في طريق تقدّم العلاج، وهي عندما يركز المعالج كثيراً على المحددات التاريخية لمشكلات العميل، أو عندما يحاول التوصل إلى صورة شاملة عن ماضي العميل، حاضره، ومستقبله قبل البدء بوضع برنامج للعمل.

3. بالإضافة إلى ما سبق، قد يخطئ المعالج عندما يركز كثيراً على العلاقة العلاجية في المراحل الأولية للعلاج. بالرغم من التأكيد على أهمية وجود علاقة تعاونية افتتاحية بين المعالج والعميل، إلا أنه من المفضل بناء تلك العلاقة من خلال التركيز الفعّال على مشكلات العميل، وإنجاز التقييم الصحيح، والبدء في وقت مبكر بمساعدة العميل في التغلب على هذه المشكلات. وهكذا، تكون المبادرة لإقامة علاقة مع العميل دون أخذ الأمور السابقة بعين الاعتبار هي مبادرة أقل كفاية وفعالية.

بما أننا سلّمنا بأن العلاج العقلاني الانفعالي هو علاج تربوي، فهو مهمّ جداً للمعالج كي يساعد العميل في تعلّمه وفقاً للخطة المناسبة لقدرته على التعلّم. ويعتبر فشل المعالج في تطبيق ذلك عقبةً أخرى في طريق تقدّم العلاج في المرحلة الأولية للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي. وهنا قد يصبح المعالج نافذ الصبر، وقليل التحمّل، ويطلب تعاون العميل في المرحلة التي يُفضَّل فيها اكتشاف المعالج لمستوى فهم العميل لما تعلّمه. وعندها، قد يقود نفاذ الصبر إلى تبني أسلوب المحاضرة من قبل المعالج في هذه المرحلة. لذلك من واجب المعالجين تبني مواقف الحلم والصبر والتحمل اتجاه تعلّم العميل، والعمل على استخدام طرائق مختلفة من التواصل مع العملاء.

وكما أشرنا سابقاً، إنه من المهم للعميل أن يتعلّم مبادئ العملية العلاجية في RET، وأن هذا العمل يجب أن يتم في المرحلة الأولية للعلاج، أي إعلام العميل بالمبادئ يجب أن يتم في المرحلة الأولية للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي. حيث

يدخل العملاء للعلاج متوقعين نوعاً مختلفاً من العملية العلاجية عما قُدِّم في العلاج العقلاني الانفعالي. حيث يعتقدون، من التجربة والمعرفة السابقة، أن العلاج يركز على الأحداث الماضية أو يستلزم التعبير عن المشاعر، أو أنه يتضمن وجود علاقة مغلقة بين المعالج والعميل. وإن الفشل في تحديد ومواجهة التعامل مع هذه التوقعات غير الصحيحة يقود غالباً إلى نهاية العلاج قبل أوانه، أو مقاومة غير ضرورية من قبل العميل خلال العملية العلاجية.

عندما تُكتشف مثل هذه التوقعات للعميل، من المفيد الاستفسار من العملاء كيف يفكرون. إن مثل هذه العوامل سوف تساعدهم في حل مشكلاتهم، وعن دورهم في عملية العلاج. وخلال هذا النقاش، يمكن للمعالج أن يستخدم هذه الفرصة ليوضّح للعملاء بأنه يوجد لديهم مهام مناسبة يُطلب منهم تنفيذها في عملية العلاج العقلاني الانفعالي. وعندما تكون توقعات العملاء وتفضيلاتهم حول العلاج مختلفة عن التجربة التي سيواجهونها خلال العلاج العقلاني الانفعالي الفردي، يمكن للمعالج أن يستمر في إقناعهم بالتخلي عنها. وقد يقود الأمر إلى تخلي العميل عن عملية العلاج برمتها.

لذلك، لابد من أن يكون العلاج العقلاني الانفعالي قريباً من تفضيلات العملاء قدر الإمكان، وألا يعرَض على العميل نموذج العلاج الذي يعتبره المعالج غير فعّال، ومن الممكن توجيه العميل نحو معالج آخر يتعامل بسهولة مع توقعات العميل وتفضيلاته.

يمكن أن تُواجه عقبة أخرى في طريق تقدّم العميل في هذه المرحلة، وهي عندما يركز العميل فقط على: إما الأحداث المنشّطة (A) أو على مشاعرهم وانفعالاتهم(B) أو على مشكلاتهم السلوكية (C). وهنا قد يتحقق المعالج بشكل مثمر حول كيفية المساعدة التي يمكن أن يحصل عليها العملاء عند التحدّث حول A (الأحداث المنشّطة) أو C (النتائج أو التصرفات) — في حل مشكلاتهم، ويمكن أن

تستخدم هذه الطريقة مرةً أخرى للبدء بنقاش فعّال حول المهام الشخصية للمعالج والعميل في عملية العلاج العقلاني الانفعالي.

تتعلق العقبة الأخيرة التي يمكن أن تحدث في هذه المرحلة بالعملاء الذين يعتقدون أن مجرد استيعابهم وموافقتهم على حقيقة أن أفكارهم اللاعقلانية هي السبب في مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية، يُعتبر كافياً بالنسبة لهم ليحُدث تغييراً نهائياً في مشكلاتهم الموجودة في C – وكما ناقشنا في الفصل الثاني، أنه من المهم أن يساعد المعالجون العملاء على إدراك أن التبصر شرط لازم لكنه غير كافٍ، وأن العمل على دحض الأفكار غير العقلانية ضروري جداً إذا أرادوا التوصل إلى حل طويل الأمد لمشكلاتهم.

المرحلة الوسطى من العلاج العقلاني الانفعالي الفردي:

تتميز هذه المرحلة بعمل كل من المعالج والعميل في اتجاه تقوية أفكار العميل العقلانية وإضعاف غير العقلانية منها. بالإضافة إلى ذلك، يعمل المعالج على تحديد المعوقات التي تعيق تقدّم العميل في العلاج، وتُساعده في التغلّب عليها. كما يولي المعالج اهتماماً خاصاً لما تعلّمه العميل من خلال قيامه بالواجبات المنزلية، ومدى استفادته منها في المستقبل، وأيضاً للواجبات التي لم يتعلّم منها شيئاً (أي لم تقدّم له أي فائدة في هذا المضمار) بل كانت عائقاً في طريق تعلّمه والعمل على تجاوزها.

بالرغم من إمكانية تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي من خلال التركيز في بداية كل جلسة على أكثر شيء سبب للعميل الإزعاج والقلق، إلا أن هذه الطريقة لم تثبت كفايتها في تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي. فعوضاً عن ذلك، نشجّع المعالجين على تنظيم العملية العلاجية، من خلال مساعدة المعالج للعميل على العمل في مشكلة ما وحلّها قبل الانتقال إلى أخرى.

وهكذا، يكون من الأفضل وجود نوع من الاستمرارية في الجلسات (جلسة تلو الأخرى) فيما يتعلّق بالمشكلات قيد المعالجة. وعندما يعمل المعالج والعميل معاً في الأوقات الإضافية لمشكلة ما، يحاول المعالج مساعدة العميل على استيعاب العملية التالية:

أولاً: يحدّد العميل المشاعر والانفعالات المزعجة ويحاول ربطها بالأحداث المنشطة، بعد ذلك يحدد أفكاره غير العقلانية.

ثانياً: يحاول العميل دحض تلك الأفكار، ويضع البدائل العقلانية لها، وذلك بتنفيذ وإنجاز الواجبات والمهام ذات العلاقة بمشكلته.

وهكذا، نجد أنه في المرحلة الوسطى (المتوسطة) للعلاج العقلاني الانفعالي، لا يكون المعالج مهتماً فقط بمساعدة العملاء على حل مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية، بل أيضاً مساعدتهم على استيعاب الطرق العلمية للعلاج العقلاني الانفعالي الخاصة بتحديد المشكلة وحلّها. وعندما يحقق العملاء تقدّماً في العلاج، تتراجع جهود المعالجين وتوجهاتهم لأنهم يبدؤون بتشجيع العملاء على ممارسة العلاج الذاتي، أي يبدأ العملاء بالاعتماد على أنفسهم في عملية العلاج ويتلاشى اعتمادهم على المعالجين تدريجياً. إضافة إلى ذلك، يؤكد المعالجون على مساعدة العملاء على إدراك مقدرتهم الذاتية في معالجة مشكلات مشابهة قد تحدث في مواقف مختلفة. وبهذه الطريقة، يخطط المعالجون ويعملون على مساعدة العملاء في الوصول إلى تعميمات علاجية يمكن تطبيقها في مواقف مختلفة. ومن المفضل عدم النظر لهذه العملية على أنها عملية يمكن أن تحدث بشكل طبيعي، لأنه من الممكن للعميل الذي يعتقد أنه "يجب أن أكون ناجحاً في الاختبارات"، ويكون ناجحاً في تحدٍّ هذا المعتقدَ (التفكير) واستخدام البديل العقلاني له، قد لا يكون ناجحاً (العميل) في تحدٍّ تفكير مشابه فيما يتعلق بعلاقات الحب. وهكذا، وضمن المرحلة الوسطى للعلاج العقلاني الانفعالي، يشجّع المعالج العميل على فهم الروابط والعلاقات بين المشكلات، وبشكل خاص تلك المتصّفة بالأفكار غير العقلانية العامة.

وعندما يحقق العميل تقدّماً ملحوظاً في مشكلة ما، ينتقل المعالج RET إلى مشكلة جديدة، وقد يكون متوجهاً فيها نحو مساعدة العميل على تحديد، وتحدي، وتغيير الأفكار غير العقلانية التي تشكل أساساً لهذه المشكلة الجديدة. ومهما يكن، يبحث المعالج باستمرار عن الفرص المناسبة ليشجعّ فيها العميل على استخدام المهارات التي أثبت نجاحها في حل المشكلة رقم(1)، والتي يمكن الإفادة منها في حل المشكلة رقم (2).

وفي المرحلة الأولى للعلاج العقلاني الانفعالي، يكون المعالج مسؤولاً عن وضع المقترحات المتعلقة بالواجبات المنزلية، أما في المرحلة الوسطى، يشجّع المعالج العملاء على وضع واجباتهم بأنفسهم ويساعدهم على تعلّم المقوّمات المتضمّنة في اختيار الواجبات المنزلية الفعّالة.

وهناك اهتمام آخر للمعالج في المرحلة الوسطى للعلاج العقلاني الانفعالي، وهو تقييم أسباب التغيّر العلاجي بشكل ملائم، ومساعدة العميل على الاستيعاب والتعلّم من هذه الأسباب. ومن الممكن للعميل أن يُظهر تقدّماً علاجياً، لأنه استطاع تغيير الحدث المنشط (المثير) A بنجاح، أو لأنه قد أحدث تغيراً سلوكياً، وهذا هو الهدف في العلاج العقلاني الانفعالي RET والذي يسعى إلى إحداث تغيّر في الأفكار مثلاً: العملاء الذين يواجهون بنجاح أفكارهم غير العقلانية وتقييماتهم الحتمية، يعملون على دحضها واستبدالها بأفكار عقلانية وتقييمات تفضيلية.

وبافتراض أن العميل قد أظهر تقدّماً علاجياً بإحداث تغيير فكري، عند ذلك يستطيع المعالج الانتقال بشكل مريح إلى مشكلة أخرى. لكن عندما تُعزى التغييرات إلى أحد المصادر السابقة الذكر، يستخدم المعالج هذه المعلومة في مساعدة العميل على فهم وإدراك أن أساس المشكلات الانفعالية السلوكية لم يتم معالجتها بنجاح بعد. وقد اعتبر "جريجي وبويد" Grieger and Boyd,1980 أن المرحلة الوسطى للعلاج العقلاني الانفعالي تتصف بمساعدة العميل في العمل على حل مشكلاته الانفعالية السلوكية وعلى إنجاز التعلّم العقلاني الانفعالي الجديد.

لقد تحدثنا في فقرة سابقة عن بعض مصادر المقاومة التي تحدث في هذين البعدين، وفيما يلي بعض المصادر الإضافية للمقاومة التي يبديها العميل تجاه العملية الإرشادية القائمة على الأسلوب الفردي التي تحدث في هذه المرحلة. ويمكن أن نوضح تلك المعوقات من جانبين:

أ. المعوقات التي تُعزى للمعالج: وتتمثل في الآتي:

- الضعف لدى المعالجين المبتدئين في التحديد والتعامل مع المحاولات غير الناجحة للعملاء في تنفيذ الواجبات المنزلية. فمن الأفضل للمعالج أن يبتعد عن طرق المحاضرة البعيدة عن التطبيق في هذه المرحلة. فمثل هذا الموقف لا يساعد العميل عموماً ليبدأ باستيعاب طرق العلاج العقلاني الانفعالي الخاصة بتحديد المشكلة وحلّها.
- إعاقة تقدّم العميل من خلال ضعف المعالجين وعدم قدرتهم على مساعدة العميل في السيطرة على مشكلة ما. إذا كان المعالج يسأل العميل باستمرار في بداية الجلسة "ما هو أكثر شيء سبب لك الانزعاج هذا الأسبوع؟"، فربما يصل إلى درجة يعمل فيها مع مجموعة كبيرة من مشكلات العميل المختلفة من أسبوع إلى آخر دون إحراز أي نجاح في مساعدة العميل على العمل في أية واحدة من المشكلات والتوصل إلى نتيجة مرضية بشأنها.
- قد يفشل المعالج أيضاً، عندما يقبل انتقال العميل إلى مرحلة علاجية أخرى على الرغم من عدم إثباته أن التقدُّم العلاجي قد ترافق بتغيّر فكري.
- بالإضافة إلى ما سبق، فشل بعض المعالجين في أن يكونوا ملحيّن بشكل كافي على التقدّم العلاجي في هذه المرحلة. فقد يفترض المعالج في هذه الحالة أن التقارير التي تعبّر عن التقدّم العلاجي للعميل في الجلسة السابقة، تعني بالضرورة إنجاز التغير الفكري لدى العميل.

ب. المعوقات التي تُعزى للمعالج: وتتمثل في الآتي:

لاحظنا من التفسير السابق، أنه من المهمات الرئيسية للعميل في المرحلة هو مقدرته على دعم أفكاره العقلانية وإضعاف اللاعقلانية منها. وهذا يتضمّن عملاً صعباً من جانب العميل، ومواجهةً متكررة للأفكار غير العقلانية، وإثارة وتحريضاً على القيام بالواجبات المعرفية، والانفعالية، والسلوكية التي تساعد على إحداث التغيّر. وقد يكون التغيير بحد ذاته تجربةً غير مريحةً للعملاء وهذا ما وضحه "مويلتسبي" Moultsby عام 1984 حيث أشار إلى عملية تُدعى «التنافر المعرفي – الانفعالي » يشعر فيها العملاء بالاغتراب عندما يعملون في اتجاه دعم أفكارهم العقلانية. كما لاحظ كل من Grieger and Boyd عام 1980، أنه من الممكن أن يكون لهذه الحالة عدة أشكال مثلاً: "سوف لن أكون أنا"،"سأصبح رجلاً آلياً".

- إن العملاء الذين لا تتم مساعدتهم على قبول المشاعر غير المريحة كجزء طبيعي لإعادة التعلّم، سوف لن يتولّد لديهم الإصرار على تغيير أفكارهم غير العقلانية، لأن السبب الرئيس الذي يجعل العملاء غير قادرين على مواصلة العمل في دعم عملية التغيير، يُعزى إلى فكرة "التحمل المنخفض للإحباط" التي يعتقد العملاء وفقاً لها "إنه لمن الصعب كثيراً مواصلة العمل لإحداث التغيير" وأيضاً "يجب أن تكون عملية التغيير سهلة".

وبناءً على ذلك، إنه من المهم للمعالجين أن يكونوا متيقظين لوجود مثل هذه الفكرة عند العملاء، ويحاولوا مساعدتهم بشكل مناسب على تحديد، مواجهة، وتغيير هذه الفكرة. وكنتيجة عامة يمكن القول:"إن العملاء الذين يفهمون نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على أنها مجموعة من المعارف وليس طريقة عمل ومتابعة، غالباً ما يتولّد لديهم مقاومَة لإحداث أي تغيير". وفي هذه الحالة، يكون هؤلاء العملاء على معرفة بنظرية العلاج العقلاني الانفعالي، ويمكن أن يقتبسوا مقاطع من كتب مختلفة بشكل حَرفي، لكنهم لا يعملون ولا يطبقون أياً من هذه

المعلومات.كما يظن هذا النوع من العملاء، ممن لديهم فكرة "التحمل المنخفض للإحباط" أن معرفة النظرية كافية لإحداث تغيّر انفعالي سلوكي دائم.

المرحلة النهائية للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي:

إن الهدف الرئيس للمرحلة النهائية للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي، هو تحضير العملاء لتنفيذ مهمتهم في أن يصبحوا معالجي أنفسهم في المستقبل، بحيث يعمل المعالج في المرحلة النهائية للعلاج الفردي على جعل نفسه بعيداً عن العميل.

إن العلاج العقلاني الانفعالي الفردي لا ينتهي عندما يحل العملاء مشكلاتهم فحسب، وإنما عندما يشعرون بقدرتهم على حل مشكلاتهم الباقية بأنفسهم دون الاعتماد على المعالج، وأيضاً عندما يكونون واثقين من قدرتهم على حل أي صعوبات مستقبلية. فقد يعمل المعالج على إنهاء فترة العلاج، إما باختصار عدد الجلسات العلاجية وإما بتحديد زمن العلاج منذ البداية. وفي كلا الحالتين يعمل المعالجون في RET على وضع جدول خاص بجلسات العلاج، وذلك لمراقبة تقدّم العميل. كما يعمل المعالج عند الاقتراب من نهاية العلاج على استخدام وقت الجلسة بشكل فعّال وذلك بمساعدة العميل على توقع مشكلات مستقبلية، وتخيّل القدرة على معالجتها باستخدام مهارات العلاج العقلاني الانفعالي RET، وبهذه الحالة يمكن معرفة مدى استيعاب العميل لنظرية العلاج وتطبيقاتها ومدى تقدّمه فيها.

بالإضافة إلى ذلك، يتعامل المعالج مع أي من الحاجات الموجودة لدى العملاء واللازمة لإنهاء العلاج. حيث يوجد هناك بعض العملاء ممن أحرزوا تقدّماً في العلاج وما زالوا يشعرون بحاجة لمساعدة المعالج للحفاظ على تقدّمهم. يمكن أن تظهر مثل هذه المشكلات عندما يكون العملاء الذين أحرزوا تقدّماً معتبراً في العلاج مقاومين أو معارضين على نهاية زمن العلاج أو على اختصار جلساته.

لكن يوجد هناك أقلية من العملاء المضطربين الذين يظهرون صعوبة في اعتمادهم على أنفسهم، في هذه الحالة، يعمل المعالجون بفعّالية على جدولة مجموعة من الجلسات الإضافية الداعمة لهؤلاء العملاء. وقد يكون هناك بعض المعالجين المقاومين لإنهاء العلاج مع العملاء الذين يظهرون تقدّماً علاجياً ملحوظاً. يعتقد مثل هؤلاء المعالجون أنهم بحاجة لإثبات مستمر لتقدّم العميل، وذلك ليؤكدوا كفايتهم وجدارتهم كمعالجين. وعند هذا الأمر لا حاجة للقول، أنه من المرغوب لمثل هؤلاء المعالجين أن يحددوا ويواجهوا حاجاتهم للكفاءة باستخدام طرق العلاج العقلاني الانفعالي.

تفريد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

إن من طبيعة العلاج العقلاني الانفعالي الفردي، تعامل المعالج مع عميل واحد فقط. حيث يحاول المعالج تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي مع هذا العميل بعيداً عن التفكير بأن مثل هذا الأسلوب الفردي من التفاعل، قد يكون له أثراً معاكساً في حال وجود عملاء آخرين مثالاً على ذلك (العلاج الزواجي، العلاج الأسري، العلاج الجماعي). وهكذا، وكما تبين لنا في الفصل الثاني، يستطيع المعالج تعديل أسلوب المشاركة في العلاج الفردي توافقاً مع البنية أو التركيبة الشخصية للعميل الذي يعالجه، وذلك ليرفع من قدرة العميل على التعلّم، وتقليل من إمكانية الدعم غير المعتمد لمشكلات العميل.

ويشير مثل هذا الأمر بشكل خاص إلى تفريد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في المجال العلاقة الشخصية بين المعالج والعميل أو ما يُسمى بالاتحاد العلاجي (Bordin, 1979). فالروابط العلاجية في RET تتغيّر تبعاً للتقدّم الذي يحرزه العميل في العلاج، وأيضاً تبعاً لنوع الرابطة أو العلاقة التي يفضلها العميل ويستجيب لها.

وفي هذا السياق الأخير، يمكن للمعالج في المحاولة الأولى أن يقيّم ويخمّن ما هي العلاقة الأكثر فعالية والتي يمكن تأسيسها مع عميل محدد. وهكذا، يمكن للمعالج أن يسأل العميل، إما عن طريق ملئ الاستمارة الخاصة بالحياة الشخصية أو يسأله بشكل شخصي عن سلوكه تجاه المعالج المساعِد أو غير المساعد حسب اعتقاده. وقد يسأل المعالج العميل عن تجاربه السابقة، وما هو المفيد فيها، إما بشكل رسمي أو غير رسمي. ومن هنا يستطيع التعرّف على السلوك الذي يراه العميل مساعِداً داعماً ومفضلاً له. والعكس أيضاً إنه لمن المهم الإطلاع على مثل هذه المعلومات بشكل دقيق، لأن ما يجده العميل مفيداً ومساعِداً على المدى القريب قد لا يحقق فائدة على المدى البعيد. وهكذا، يمكن للمعالجين مساعدة العملاء على الشعور بشكل أفضل على المدى القريب دون مساعدتهم على الشعور بشكل أفضل على المدى البعيد (Ellis, 1972).

وعلى الرغم من الفائدة التي يمكن الحصول عليها من المعلومات التي يقترحها العميل، إلا أن أطباء العلاج العقلاني الانفعالي قد يكونون أكثر حكمة، ويجيبوا على أسئلتهم بتجريب العلاقة مع العميل، ومعرفة أفضل علاقة يمكن التعامل بواسطتها مع عميل محدد في فترة محددة. وهكذا، يستطيع المعالج استخدام طرائق خاصة في التفاعل مع عملاء مختلفين، ومراقبة استجابتهم على الأشكال المختلفة لتفاعل المعالج. وهناك طريقة أخرى يستطيع معالجو الأسلوب العقلاني الانفعالي بواسطتها تفريد العلاج لأجل العملاء، وهي التأكيد على وجود انسجام وتوافق بين أهداف العملاء وأهداف العلاج. فقد يكون العلاج غير فعّالاً عندما يرغب العميل بإنجاز هدفاً محدداً ويعمل المعالج على مساعدته في إنجاز هدَف آخر. لكن يجب على المعالجين رفض تبني وجهة النظر التي تقول بقبول أهداف العملاء على أنها أهداف مقدسة لا يمكن تغييرها.

في الحقيقة، يقضي المعالج الجيد بعض الوقت من العلاج محاولاً التحدّث مع العميل، والخروج عن الأهداف التي يراها العميل مفيدة، بينما هي مؤذية على المدى البعيد من وجهة نظره. فالعلاج الناجح يتضمن وقتاً كافياً للتفاوض بين

المعالج والعميل فيما يتعلق بالأهداف. وأنه لمن المفيد عدم إصرار المعالج على العميل بالتخلي عن أهدافه الضارة وغير الواقعية، لأن الإصرار قد يزيد من مشكلات العميل.

يمكن لأهداف العملاء أن تتغيَّر مع الوقت، ومن المضَّل للمعالجين أن يكونوا مدركين لطبيعة التغيير الذي يطرأ على أهداف وغايات العملاء، وأن يحاولوا تعقُب أثر هذا التغيير في حالاتهم، على اعتبار أن الأهداف الأولية للعملاء غالباً ما تكون ملونة وفق طبيعة اضطراباتهم، وأنه من المفيد للمعالجين تشجيع هؤلاء العملاء على تأجيل الإصرار على أهدافٍ محددة حتى ينجزوا نجاحاً مقبولاً في التغلب على اضطراباتهم الانفعالية والسلوكية. وعندما يحدث مثل هذا الأمر، يستطيع المعالجون مساعدة العملاء – الذين لا يتوجب عليهم التغلب على اضطراباتهم في هذه المرحلة – على مواصلة التأكيد والعمل اتجاه أهدافهم الفردية الخاصة. وهكذا، يُشجَّع العملاء على تحقيق أهدافهم بطرائقهم الفردية الخاصة. وعلى هذا الأساس، يُشجع معالجو RET العملاء على تحقيق الأهداف المتعلقة بالتغلب على الاضطرابات الانفعالية/السلوكية قبل العمل على متابعَة الأهداف الفردية التي يمكن أن تسبب السعادة. بالإضافة إلى الروابط والأهداف، يوجد هناك مجالاً أخراً للاتحاد العلاجي، حيث يمكن فيه تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي بطريقة فردية في ميدان المشكلة التي يعاني منها العميل.

فلقد أكد(Bordin) عام 1979 على أن لكل نظام علاجي مهاماً خاصة بالمعالج وأخرى خاصة بالعميل، والتي تُدمج فيما بعد في تطبيق طرق العلاج. ويمكن أن يُطبق العلاج العقلاني الانفعالي بطريقة فردية، إذا عمل المعالج على تشجيع العميل على تنفيذ المهام المناسبة له بالإضافة إلى تشجيعه على إنجاز أهدافه العِلاجية.

بهذه الطريقة، يمكن أن يكون العلاج العقلاني الانفعالي علاجاً كافياً وفعالاً. فقد يحقق بعض العملاء تقدّماً علاجياً أفضل عندما يقومون بتنفيذ

الفنيات ذات الطبيعة المعرفية، بينما قد يظهر عملاء آخرون منفعةً من تنفيذ المهام ذات الطبيعة الانفعالية. لقد أشرنا سابقاً إلى أن كل فنية علاجية تقوم على النماذج الثلاثة، ويمكن أيضاً أن تفضل واحدة عن الأخرى. حيث لا يوجد هناك دلائل ثابتة يمكن استخدامها من قبل المعالجين في تحديد أي الفنيات العلاجية أكثر ملائمةً للعملاء. ولكن، قد يكون من المفيد الكشف عن التاريخ الماضي للعملاء للتأثير على تغييراتهم الفعّالة مع الانتباه إلى إجاباتهم المتعلقة بالنماذج التي استخدمت في معالجتهم أو كان من المفضل استخدامها.

بكلمات أخرى، قد يكون من المفيد للمعالجين الانتباه إلى أسلوب التعلّم السابق للعملاء وتعديل العلاج العقلاني الانفعالي وفقاً له. وأن أفضل طريقة لمعرفة الفنيات المساعدة في علاج العملاء هي التجريب. فمهما كانت المهام التي يجب على العملاء تنفيذها، فمن المهم للمعالجين مساعدة العملاء على:

1. استيعاب كيف يتم تنفيذ مثل هذه المهام ذات العلاقة بتحقيق الأهداف.
2. التغلب على أي عائق يقف في طريق تحقيق المهام.
3. تحديد متى يمكنهم تنفيذ المهام، وفي أية ظروف.

وعندما يُظهر العميل مقاومة للعلاج، يُعزى هذا الأمر غالباً إلى مشكلات في حجم المهمة. وبناءاً على ذلك أفترض دريدان أن تظهر مقاومة العميل عندما:

1. لا يفهم العملاء مهماتهم وبالتالي لن يكونوا قادرين على تحقيقها.
2. يستوعب العملاء مهامهم لكنهم، لا يعرفون ولا يدركون كيف يتم تحقيق المهام التي تؤدي إلى إنجاز أهدافهم.
3. يفهم العملاء مهامهم لكنهم لا يدركون مقدرتهم على إنجازها.
4. يدرك العملاء مهامهم ومقدرتهم على إنجازها لكنهم يعتقدون أنه لا يتوجب عليهم إحداث أي تغيير.

5. لا يفهم العملاء مهام المعالجين ولا يدركون العلاقة بين مهام المعالجين ومهامهم وأهدافهم الخاصة.
6. يكون العملاء في الحقيقة غير قادرين على تنفيذ مهامهم (مثال ذلك بعض العملاء غير أذكياء كفاية ليقوموا بالدحض السقراطي).
7. لا يساعد المعالجون العملاء على فهم وتنفيذ مهامهم.
8. ينفذ المعالجون مهامهم بضعف ولا يمتلكون مهارة كافية في العلاج العقلاني الانفعالي.
9. ينفذ المعالجون عدداً محدوداً من المهام وبشكل ملزم(إجباري) ويستخدمون غالباً الفنيات المعرفية وقلما يستخدمون السلوكية منها.
10. تكون بعض المهام غير فعّالة بشكل كاف لإنجاز أهداف العملاء، مثال ذلك: إن دحض الأفكار غير العقلانية دون الكشف عن ذلك لا يساعد العملاء في مشكلات الخوف من الأماكن الواسعة.

جلسة نموذجية للعلاج الفردي:

تبيّن لنا مما سبق، إن تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي الفردي يتغيّر تبعاً لوضع العميل واعتماداً على مرحلة العلاج سواء كانت أولية،أم وسطى،أم نهائية. لذلك سوف نقدّم للقارئ فكرة عن كيفية إدارة جلسة نموذجية في العلاج العقلاني الانفعالي مستوحاة من أعمال إليس. ولتحقيق ذلك اخترنا تقديم مثال من المرحلة الأولية للعلاج، وأن هذا المثال عبارة عن دليل مرن أكثر من كونه إطار عمل ثابت لا يمكن تغييره. فإذا وافق العملاء على تنفيذ أو إنجاز واجب منزلي من الجلسة السابقة، فمن المهم قضاء بعض الوقت في مناقشتهم حول تجاربهم أثناء أداء تلك المهمة، وإذا قام العملاء بإنجاز المهمة بنجاح، فمن المهم أيضاً التحقق فيما إذا كانوا قد أنجزوا هذا النجاح بإحداث تغيّرات في تقييماتهم الحتمية وغير العقلانية، أوفي استنتاجاتهم المشوهة (البعيدة عن الواقع)، أو فيما إذا كانوا قد أحدثوا تغييراً في سلوكهم أو في الحدث المنشط (A). أما إذا كان نجاح العملاء غير قائم على إحداث تغيير أو تعديل في تقييماتهم الحتمية، فمن المهم للمعالج عند

ذلك أن يعمل على مساعدة العملاء في إدراك هذا الأمر، وفي استيعاب وفهم أهمية إنجاز مهمة مماثلة من أجل إحداث التغيير الفكري. وإذا تخلّل أداء المهمة أي مشكلة، فمن الأفضل للمعالج أن يخصص بعض الوقت لحل تلك المشكلة. وبشكل خاص، يمكن للمعالج أن يساعد العملاء على إدراك أن وجود الأفكار غير العقلانية قد تساهم في إعاقة إنجازهم للمهمة. وفي هذه الحالة، يقضي المعالج وقتاً كافياً في دحض هذه الأفكار غير العقلانية، وإعادة تحديد المهمة الملائمة للعملاء. فإذا تمت السيطرة الكافية على المشكلة التي واجهها العملاء في الأسبوع السابق، يمكن للمعالج الانتقال إلى مشكلة أخرى من مشكلات العملاء. أما إذا كان عكس ذلك، ففي هذه الحالة سيقضي المعالج وقتاً إضافياً في حل المشكلة السابقة.

وبافتراض أنه قد تم المعالجة الكاملة للمشكلة، يسأل المعالج العملاء عن المشكلات الأكثر إلحاحاً وأولوية والتي لم تتم مناقشتها بعد، وتشجيعهم على الكشف بإيجاز عن طبيعة هذه المشكلة، وتوفير الفرص لمساعدتهم على تقييم المشكلة باستخدام نموذج ABCالذي تم عرضه في الفصل الأول. يساعد المعالج العملاء باستخدام سلسلة الاستنتاجات على تحديد الاستنتاج الأكثر علاقة بمشكلتهم الانفعالية والسلوكية. كما يشجعهم بشكل مؤقت على افتراض صحة ذلك الاستنتاج. وقبل الانتقال إلى مرحلة الدحض، يحاول المعالج التأكد من أنه لا يوجد لدى العميل مشكلة ثانوية حول المشكلة الأساسية (القلق حول مشاعر القلق، اليأس حول الشعور باليأس). وفي حال وجود مشكلة ثانوية لدى العميل، يقدم المعالج تفسيراً عقلانياً مقنعاً فيما يتعلق بأهمية تخصيص وقتاً علاجياً كافياً للمشكلة الثانوية قبل المشكلة الأولوية، ويعمل على تصنيف المشكلة وفق نموذج ABC، ويحاول مساعدة العميل على إدراك العلاقة بين العوامل A، عوامل (B) وعوامل (C) وخاصة العلاقة بين الأفكار والنتائج أي بين(B وC).

ويمكن استخدام هذا النموذج مع مشكلات العملاء الثانوية. وفي هذه الحالة يعمل المعالج في مساعدة العملاء على استيعاب أنه من أجل التغلب على مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية، يجب أن يكرسوا وقتهم لدحض أفكارهم اللاعقلانية. كما

يمكن للمعالج أن يعمل على دحض التفكير الأساسي اللاعقلاني للعملاء بواسطة طلب إثبات أو دليل يدعم وجود ذلك التفكير، مثال على ذلك، أين الإثبات على أن المشكلة تولدت نتيجة لعدم احترام الزوج لزوجته ؟ بعد ذلك يساعد المعالج العملاء على إدراك أن أي دليل يقدم من قبلهم هو افتراضياً يدّعم من تفكيرهم العقلاني دون اللاعقلاني، مثال على ذلك: هناك دليل أو إثبات على أنه من المفضل وليس من المفروض للعملاء أن يتصرفوا بشكل جيد، وأن يكسبوا تأييد وموافقة الآخرين.

ويستمر المعالج بهذه العملية، حتى يسلم العملاء بصحة أن وجود الدليل أو الإثبات متلازم مع التفكير العقلاني دون اللاعقلاني. وبعد ذلك، يساعد المعالج العملاء على إدراك العلاقة بين التفكير العقلاني والتغيرات الانفعالية والسلوكية البناءة والمرغوبة. كما يؤكد المعالج على أهمية استمرار العملاء بدحض أفكارهم غير العقلانية التي تسببها الأحداث المنشطة وحالات أخرى ذات علاقة بها. وبعد أن يقوم المعالج بما سبق، يتفاوض مع العملاء حول المهام والواجبات التي ستقدم لهم الفرصة التي تساعدهم على دحض أفكارهم غير العقلانية واستخدام بدائلها العقلانية.

وكما لاحظنا سابقاً، يعمل المعالج بجدية على تأكيد مقدرة العملاء في إدراك معنى انجاز المهام والواجبات الموكلة إليهم، ومساعدتهم في التغلب على أية شكوك تتعلق بهذه المهام، وأن يشجع المعالج العملاء على أن يكونوا دقيقين في تحديهم للزمان والمكان الذي ستنفذ فيه المهام ومتيقظين كفاية لما قد يحدث من معوقات في طريق إتمام كل مهمة قبل إنجازها. ولفعل ذلك، قد يعمل المعالج على تدريب العملاء خلال الجلسات العلاجية باستخدام تمارين الخيال والإثارة أو لعب الأدوار. وفي حال توفر الوقت، يساعد المعالج العملاء على تحديد وتصحيح أية استنتاجات خاطئة كان من المفترض صحتها أثناء تحليل نموذج ABC. بالإضافة إلى ذلك، وفي حال توفر الوقت ثانية يستطيع المعالج شغل العملاء بمهارات تدريبية بناءة، وذلك إذا أثبتوا ضعفهم في أية مهارة ذات علاقة بالمشكلة.

وهكذا يشير إطار العمل السابق بوضوح إلى أن جلسة العلاج العقلاني الانفعالي النموذجية هي جلسة مكونة من خطوات متعاقبة. ومن المهم التأكيد على المشاركة الفعالة للعملاء في هذه البنية. وإذا كان بالإمكان، يحاول المعالج تحديد جلسة علاجية للعملاء يستخدم فيها الاستراتيجيات العلاجية والتقنيات التي من المفترض أن تكون مفيدة لعميل محدد في وقت محدد. وفي حال استخدام مهام أو واجبات مكتوبة أو مسجلة، فمن المهم أن تلبي المتطلبات العلاجية للعميل. وهكذا، وعلى سبيل المثال قد يقترح المعالج على العملاء أن يستمعوا لشريط مسجل، وخاصة العملاء الذين لا يقرؤون الكتب ولا يستمتعون بالقراءة.

مثال لحالة مرضية (Case Example):

السيدة هاينز Haynes، في الوقت الذي شاهدتها فيه أنا ودرايدن كانت امرأة متزوجة عمرها 35 عاماً، وكانت قد اكتشفت مؤخراً أن لزوجها علاقة مع امرأة أخرى ويريد هجرانها، ولم يكن لديها أطفال. جاءت إلى عيادتي بإرشاد من طبيبها العام، وكانت تعاني من القلق واليأس وقد أوضحت لي من الجلسة الأولى، أنها لا تريد أن تدخل زوجها في العلاج، ولكنها ترغب بالتركيز على مشكلاتها الخاصة بنفسها. كما كانت تعتقد أن وجودها مع مجموعة من العملاء لن يمنحها الوقت الكافي لمناقشة مشكلاتها بالعمق الذي كانت تعتبره أكثر فعالية بالنسبة لها. وذلك قررنا علاجها بالشكل الفردي للعلاج العقلاني الانفعالي. فقد صرحت هاينز في الجلسة الأولى للعلاج، أنها تعاملت مع مرشد متخصص بحالات الزواج، وكان على حد تعبيرها، قد استخدم معها التحليل النفسي غير المباشر. وشعرت أنها لم تستفيد من هذا النوع من العلاج، لأنها كانت مضطربة وغير مرتاحة بسبب سلبية المعالج والعوز إلى النشاط والفعالية في العلاج.

وقد عرضت مشهداً موجزاً عما يمكن أن يقدمه العلاج العقلاني الانفعالي RET، وكانت ردة فعلها الأولى إيجابية ومبشرة بنجاح العلاج. اتفقنا مبدئياً أن نتقابل خمس جلسات، وذلك لأمنحها الفرصة في أن تقرر رغبتها أو عدم رغبتها في

متابعة العلاج معي كمعالج نفسي. كانت السيدة هاينز Haynes تشعر أن اليأس مشكلة أكثر إلحاحاً من القلق، لذلك كانت ترغب البدء بعلاجها أولاً. وكانت تشعر باليأس والقنوط بسبب فشلها في تحقيق زواج ناجح، وتلوم نفسها لعدم قدرتها على كسب زوجها وتفضيله لامرأة أخرى. ساعدتُها على إدراك أن تفضيل زوجها لامرأة أخرى غيرها لا يعتبر السبب في يأسها، وإنما أفكارها ومعتقداتها غير العقلانية عن هذه الحالة هو سبب ذلك. كأن نقول: "يتوجب علي أن أجعل زواجي ناجحاً، وسأكون فاشلة إذا لم أحقق ذلك". لكن قبل أن أساعدها على دحض هذه الأفكار في الجلسة الأولى، عملت معها بصبر وهدوء على أن تكون قادرة على إدراك العلاقات بين كل من A ، B، C. حيث بدأت معها في دحض أفكارها غير العقلانية عندما أيقنت تماماً أن أفكارها هي سبب يأسها وليس هجران زوجها لها، وأنه لكي تتغلب على هذا اليأس لا بد من تغيير تلك المعتقدات والأفكار اللاعقلانية، وبينما كنت أساعدها في دحض أفكارها اللاعقلانية، جعلتها تطور مجموعة من الأسئلة التي تساعدها في دحض ذاتها، كلما شعرت باليأس حول فشلها في الزواج قدمت لها نسخة من كتاب الدليل الجديد للعيش العقلاني A new Gguide to Rational Living.

وقد اقترحت عليها قراءة الفصل الثاني منه بشكل خاص"إنك تشعر بالطريقة التي تفكر بها"، والفصل رقم 11 الذي عنوانه "المخاوف من الفشل"، كما جعلتها تأخذ نسخة عن الشريط المسجل للجلسة العلاجية. وفي بداية الجلسة التالية، سألتها عن رأيها في الشريط والمادة المقروءة. وقد وضحت استجابتها الإيجابية عن كلا المادتين (الشريط والكتاب)، وكان تعليقها أنها فضلت طريقة العلاج الإطلاعي بشكل خاص.

وبعد ذلك لاحظت أن يأسها قد أخذ بالتناقص تدريجياً منذ الجلسة الأولى، وأصبحت قادرة على استخدام أسلوب دحض الذات والتوصل إلى إجابات مقبولة ومعقولة. ولكي تعزز تقدمها في العلاج، سألتها فيما إذا كانت ترى من المفيد استخدام واحداً من النماذج المخصصة لمساعدة الذات، لذلك قررت البدء

بالنموذج الخاص بي وبدأنا بسلسلة أحداث من اليأس. وعلى الرغم من أنها أخذت بالتقدم العلاجي منذ الجلسة الأولى– إلا أنه كان لابد من التغلب على مشكلة اليأس عندها قبل الانتقال إلى مشكلة القلق. قضينا الباقي من الوقت الجلسة الثانية ونحن نملأ هذه الاستمارة، وبعد ذلك أعطيتها عدداً من هذه الاستثمارات واقترحت عليها قراءة الفصل الخامس عشر من كتاب مرشداً جديداً للتعيش العقلاني والذي يدور حول توليد القلق، واستخدم البصيرة في ملئ الاستمارة كلما أصبحت قلقة.

وفي بداية الجلسة الثالثة، صرحت السيدة استفادتها من قراءة الفصل الخامس عشر، ولكنها عبرّت عن مواجهتها لبعض الصعوبات عند دحضها للأفكار اللاعقلانية التي تشكل أساساً للقلق عندها. وعندما قمنا باستخدام إجراء سلسلة الاستنتاجات، حاولت مساعدتها على رؤية نفسها قلقة حول إيجاد رجل آخر وانتهائها كعجوز عانس. وكما هو مفترض في العلاج العقلاني الانفعالي، فقد شجعتها على افتراض وتخيل أسوء الاحتمالات (أنها عجوز عانس) وسألتها عن مشاعرها بذلك. كانت استجابتها "يا إلهي، لا أتستطيع مجرد التفكير بحياتي كذلك". حاولت دحض معتقداتها التي تعبر عن حاجتها لرجل في حياتها كي تكون سعيدة، وساعدتها على إدراك حقيقة أنها يمكن أن تكون سعيدة، وهي وحيدة، حتى لو كانت تفضل أن تكون متزوجة ولديها عائلة. وقد قاد ذلك إلى مناقشة قلقها الحالي الكائن وراء شعورها بعدم قدرتها على الخروج وحدها لأن ذلك الأمر مخجلاً.

غالباً ما تكون مشاعر الخجل (الحياء) مرتبطة بمشاعر القلق، وبافتراض أن هذه هي حالة السيدة Hanyes، ساعدتها على إدراك وفهم ما كانت تقوله: "إذا ظهرت لوحدي ورآني الناس، فسوف يفكرون أنني وحيدة وغير جديرة بالاهتمام". وقد تم قضاء الوقت المتبقي من الجلسة في وضع وتصنيف ما قالته وفق نموذج A.B.C.D الخاص بمساعدة الذات. اقترحت بعد ذلك استخدام التخيل العقلاني الانفعالي كجسر بين تغير موقفها ووضع المعتقد الجديد قيد الممارسة والتطبيق

وهو "لدي كل الحق بأن أظهر وحدي وإذا نظر إلي الآخرون بدونية، أرفض تلك النظرة إلى نفسي. أي لا أنظر لنفسي كذلك". في الحقيقة، واجهت السيدة "هانيز" صعوبة في استخدام تقنية التخيلات العقلانية الانفعالية ضمن هذه الجلسة وبين الجلسة الثالثة والرابعة.

وفي بداية الجلسة الرابعة، أنهيت العمل بتقنية التخيلات العقلانية الانفعالية، واقترحت عوضاً عن ذلك أن تقول السيدة لنفسها التفكير العقلاني الجديد بنشاط وقوة (أي المواجهة المباشرة) وكانت قادرة على فعل ذلك، وقد قامت بذلك بصوت مرتفع في البداية ثم بشكل باطني، وترافق ذلك بتغير المزاج بشكل أفضل مما كانت عليه في التخيل العقلاني الانفعالي. بالإضافة إلى ذلك يمكن القول إنه من الجلسة الأولى، لم تعد تشعر السيدة "هاينز" باليأس كمشكلة نفسية صعبة. أما في نهاية الجلسة الرابعة، فقد اتفقنا حول الواجب أو المهمة التي ستقوم بها السيدة، وتوصلنا إلى أنها ستخرج لوحدها بشكل اجتماعي في مناسبتين: الأولى سهرة محلية عادية والثانية حفلة راقصة، وقد كانت هذه المهمة بمثابة عنصر مساعد للسيدة هاينز، لأنها استطاعت الذهاب إلى كلا المناسبتين لوحدها ودون قلق مفرط. فقد كانت هذه هي الجلسة الخامسة، ونهاية الاتفاق العلاجي، بعد ذلك قمنا بمناقشة السيدة حول التقدم العلاجي الذي أحرزته وكيف ترغب أن تتقدم في المستقبل. فأجابت برغبتها بالاستمرار في العلاج والخضوع للجلسات كل أسبوعين بدلاُ عن كل أسبوع.

لقد حققت السيدة هاينز تقدماً عظيماً خلال خمس إلى عشر جلسات. فقد قامت بإعطاء عدة مواعيد للرجال وكانت قادرة على مقاومة الدوافع الجنسية لديها مع اثنين منهم. وتعتبر هذه خطوة عظيمة قامت بها، لأنها كانت تواجه صعوبة كبيرة سابقاً في مثل هذه الأمور.

لذلك قمت بإعطائها بين الجلسات الجلسة الخامسة والعاشرة كتاباً بعنوان لماذا لم أفكر إنني لا شيء بدون رجل why don,t think I'm nothing with out a man للكاتب Penelope Russianoff عام 1981 وآخر بعنوان العيش وحيداً وتفضيل ذلك living alone and liking it عام 1918وبالإضافة إلى قراءة هذين الكتابين كانت مستمرة في سماع الأشرطة المسجلة لجلساتها العلاجية. وقد فضلت قيامها بذلك كي تعتمد على مصادرها الخاصة بدلاً من الاعتماد على توجيهي. بعد ذلك، استمرت أيضاً في الخروج لوحدها ومواجهة الواقع ودحض أفكارها. وعندما حاولت الانتقال من المرحلة الوسطى للعلاج إلى المرحلة النهائية له، أظهرت السيدة هاينز قلقاً شديداً، حيث قالت بأنها أصبحت معتمدة على مساعدتي لها، وأنها قلقة فيما إذا كانت قادرة على الاعتماد على نفسها أم لا. في البداية عملت على دحض تفكيرها حول حاجتها لمساعدتي، وبعد ذلك شجعتها على أن تنقطع عن العلاج كتجربة لمدة ستة أسابيع بين الجلسة العاشرة والجلسة الحادية عشرة. وأكدت على استخدامها لدحض الذات بدلاً من العلاج الاطلاعي (أي عن طريق القراءة). بالإضافة إلى ذلك، اقترحت عليها عدم الاستماع إلى الأشرطة المسجلة السابقة، وذلك بغية التوصل إلى تجربة عادلة تقود إلى الاستنتاج بأنها غير قادرة على متابعة الطريق لوحدها، أو أنها غير قادرة على الوصول إلى المستوى المطلوب للعلاج. لكن التجربة قد أثبتت نجاحها، لأن السيدة أتت وتساءلت عن سبب تفكيرها بعدم قدرتها في الاعتماد على نفسها. أظهرت لها إعجابي وسروري بالتقدم الذي أحرزته، وقد كانت إجابتها على ذلك "من الجيد أن تعرف ذلك، لكنك إذا لم تظهر إعجابك بمقدرتي، أنا لست بحاجة لتأييدك وموافقتك". بعد ذلك سألتها فيما إذا كانت تحتاج إلى أية جلسات مستقبلية، وانتهينا باتفاق على أنها ستستمر بالعلاج لمدة ستة أشهر دون انقطاع. وأكدت عليها مراجعتي عند اللزوم خلال تلك الفترة، كما اشترطت عليها استخدام مهاراتها الخاصة في العلاج. وفي نهاية الأشهر الستة، كانت السيدة "هاينز" قد عززت مكاسبها العلاجية. فقد قامت بمجموعة من النشاطات الاجتماعية بشكل

فعّال، وكان لها ثلاث علاقات عرضية مع الرجال، واحدة منها جنسية بناءً على اختيارها وليس بدافع اليأس.

هذا، ولابد من ذكر أن علاقتها مع زوجها كانت ودية وحارّة وكان افتراقهما سلمياً. لكن خلال محاولتي تشجيعها على متابعة حياتها بنجاح، كان هناك خطأ سببه أنني توجهت نحو إنهاء الفترة العلاجية دون مساعدتها على توقع مشكلات إضافية ومحاولة استخدام الطرق العلاجية للتغلب عليها. وعلى الرغم من وقوع هذا الخطأ، لم يكن هناك نتائج سلبية فقد كانت السيدة هاينز قادرة على الوصول إلى المستوى المطلوب بنجاح. وكعمل إضافي، فقد عملّ إليس على مساعدتها في وضع مجموعة من الأهداف لزيادة الرضا والطمأنينة داخل نفسها والسعي لتحقيقها.



الفصل الخامس



الفصل الخامس

العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي

Couples Therapy

- طبيعة العلاقات المضطربة بين الزوجين.
- الاضطراب الزواجي.
- عدم الرضا الزواجي.
- ثبات واستمرار الاضطراب الزواجي.
- تطبيق العلاج RECT في العلاج الزواجي.
- الفنيات العلاجية.
- المشكلات التي تواجه العلاج الزواجي والحلول المقترحة.

العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي
Couples Therapy

مقدمة:

إن الحب سلوك اجتماعي يضطلع به كائن بشري متحضر، لا يملك إلاّ أن يعيش في جماعة، ولما كانت هذه الجماعة حريصة على الاستمرار في البقاء والمحافظة على كيانها، فقد شاعت أن تربط الحب بالزواج، حتى يكون الحب بين الزوجين وسيلة لزيادة النسل، وضمان ارتقاء المجتمع، ولذلك فإن ثمة ربط بين الحب والزواج، والنسب والعائلة والأبناء، واستمرار العلاقة بين السلف والخلف. فطوبى لمن أحب ثم طوبى لمن عرف إذا أحب كيف يولّد لدى غيره الحب، وكيف يستشف فيمن حوله بذور الطيبة والخير. لكن إذا تحول الحب إلى كره وخصام وصراعات لا تنتهي فقد يجعل حياة المحبين بدون وجود. وينشد أوستروفسكي Ostraovski قائلاً: قالت قطعة الجليد، وقد مسها أول شعاع من أشعة الشمس في مستهل الربيع: أنا أحب، وأنا أذوب، وليس في الإمكان أن أحب، وأُوجد معاً، فإنه لا بد من الاختيار بين أمرين: وجود بدون حب، وهذا هو الشتاء القارس، أو حب بدون وجود، وذلك هو الموت في مطلع الربيع. وأنشد ابن حزم

كذب المدعي هوى اثنين حتما	مثل ما في الأصول أكذب ماني
ليس في القلب موضع لحبيبين	ولا أحدث الأمور بثاني
فكذا القلب واحد ليس يهوى	غير فرد مباعد أو مدان
وكذا الدين واحد مستقيم	وكفور من عنده دينان

وفي ضوء ذلك، يُبنى الزواج على أسس عاطفية، وهو مشروع طويل ينطوي على خواص محددة: الاختيار النوعي للشريك، المثلنة، التوكيد النرجسي المتبادل للشريكين، والتداخل المتبادل للرغبات اللاشعورية، والاستخدام المتبادل للعلاقة مع الموضوع كنمط دفاعي لمواجهة الرغبات الجنسية، وأخيراً توزيع نوعي للأدوار،

وذلك ضمن تواطؤ السيرورات النفسية الداخلية الفردية لكل شريك والتي تنظم نمطاً علائقياً، مضبوطاً ذاتياً، مع ردات فعل دورية تسمح ببعض التوازن. وعلى هذا الأساس، فإن اختيار الشريك وتنظيم العلاقة معه يقوم بادئ الأمر على التوكيد النرجسي، هذا التوكيد ضروري لبقاء الطرف الضعيف، وهو يشكل مصدراً للسعادة واللذة، ولا يمكن أن يتحقق إلاّ عبر علاقة حبية صحيحة (سمعان،1998، 9).

هذا، وقد شغل موضوع الأسرة والعلاقات الزواجية اهتمام العلماء على اختلاف مذاهبهم الفكرية، مثل علماء النفس والاجتماع وغيرهم. فمن خلال الأسرة تنمو ثقافة الأفراد الأولى وتتحدد هويتهم، والأسرة المتوافقة تقي أبناءها من اضطرابات نفسية عديدة، وتبدأ الأسرة بالزواج الذي يعد رابطة إنسانية مهمة بين الرجل والمرأة، في شكل مؤسسة اجتماعية تمتثل لمعايير المجتمع، ولها دور فاعل في الصحة النفسية للفرد التي تساهم في صحة وسلامة ونمو المجتمع، فنشأت المدارس النفسية، وظهرت نظريات خاصة بالعلاج الأسري أو ما يسمى أحياناً بالعلاج الأسري Family Therapy وزاد الاهتمام بما يسمى العلاج الزواجي Marital Therapy، أو Couples Therapy وقد تساعد الحياة الزوجية السعيدة على إشباع العديد من حاجات كلا الزوجين التي تقوم على الأخذ والعطاء والتعاون المتبادل فيما تقتضيه الحياة من ممارسة الحقوق والمسؤوليات، والتي تعتمد على التفاهم والمجاملة والتعاطف والمودة والرحمة والتقدير والاحترام المتبادل والمواجهة الموضوعية للمشكلات الزوجية المختلفة. وبناء على ذلك فالسعادة الزوجية تؤدي إلى تحقيق ذاتية الفرد، وتقليل التوتر والقلق والشعور بالاكتئاب أو عدم الرضا.

والزواج أيضاً بناء اجتماعي نفسي يجمع بين زوجين لكل منهما سمات وميول وقدرات وبناء نفسي اجتماعي يميزه، ولتحقيق أعلى درجات الانسجام والتوافق بين الزوجين ظهرت آراء وأبحاث ودراسات ونظريات اختلفت في الإطار المرجعي الفلسفي الذي اعتمدت عليه واختلفت بالتالي في أدواتها وطرقها، لكنها اتفقت جميعها في هدفها العام الرئيس المتمثل في تحديد عوامل التوافق الزواجي المنشود والمرغوب، كما اتفقت في اكتشافها لعوامل مشتركة تسهم في تحقيق

التوافق الزواجي، واتفق أغلبها على وجود علاقة هامة بين التوافق الزواجي وبين التوافق النفسي عند الأبناء (شاهين 1985، المقدم 1990).

واتفقت أغلب الدراسات العلمية في هذا المجال على وجود علاقة دالة وهامة بين التوافق الزواجي والتوافق النفسي لكل من الزوجين(السعداوي 1991). كما اتفقت أغلبها في تحديدها لمظاهر التوافق النفسي الأكثر أهمية المرتبطة ارتباطاً دالاً بالتوافق الزواجي، ولعل أهمها على الإطلاق المتغيرات الخاصة بالذات مثل مفهوم الذات أو الوعي بالذات، وتقبل الذات، وتقدير الذات، وتحقيق الذات، وإدارة الذات(قرني 2001 ، الأصغري 1992، انجلر 1991)، ومتغيرات المهارات الاجتماعية لاسيما التواصل اللفظي وغير اللفظي (Judith.et al 1997, Patricià.et al 1987,Ronald.et al 1986). كما اتفقت أغلبها على أهمية متغيرات العلاقة بما فيها العلاقة الجنسية بين الزوجين التي تلعب دوراً هاماً في توافقهما الزواجي (ستيورات 1997، الخالقي 1999).

أن الشرط الأساسي للتوافق هو الاتزان الانفعالي، ويرتبط اضطراب الحياة الانفعالية باضطراب الحياة الاجتماعية والعلاقات الإنسانية، كما ترتبط الصحة النفسية بتقبل الذات. وقد تتحقق السعادة للفرد من خلال شعوره بالرضا عن الحياة الزوجية العديد من النجاحات في مجالات الحياة الاجتماعية والعملية، وقد يحدث العكس في حالات الزواج غير المتوافق، فيتعرض كلا الزوجين للعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية المختلفة كالقلق والتوتر والشعور بالكآبة والتعاسة وعدم الاستقرار والشعور بالنقص المصاحب لضعف تقدير الذات، وقد ينشأ عن الزواج غير الناجح ما يسمى بالطلاق النفسي (السلماني،1977:43).

ومما لا شك فيه أن الصراعات التي تحدث بين الزوجين لا تحدث من فراغ، أي لا تكون مستقلة ومنفصلة عن العلاقات البينشخصية، وأن بعض المشكلات تكون نابعة من داخل الذات، وأن عمق المعاناة التي تحدث بين الزوجين في الحياة اليومية بسبب العلاقات المتوترة بينهما؛ فالتواصل السيئ والخلافات المستمرة وطريقة

الحوار غير الديمقراطية عادة ما تؤدي بشخصين يحبان بعضهما بعضاً بشدة إلى أن يسبب كل منهما الألم والمعاناة للآخر أكثر من الحب، بالإضافة إلى الألم النفسي الشديد.

وهناك أدلة تشير إلى أن الأفراد الذين لديهم علاقات متوترة يصبحون أكثر حساسية للتعرض للعديد من الاضطرابات النفسية والجسدية، وأن المحاولات الأولية لمساعدة الأزواج الذين لديهم مشكلات من طبيعة تواصلية، عاطفية، اجتماعية، جنسية أدت إلى نمو الإرشاد الزواجي السلوكي، أظهرت ضرورة هذا اللون من الإرشاد بهدف زيادة التوافق الزوجي بشكل يضمن مزيداً من الاستقرار والسعادة في الحياة الزوجية. وقد أثبت بشكل مستمر أنه أحد أكثر الطرق المتوافرة فعالية وأن حل هذه المشكلات وتحسين العلاقة الزوجية تحتاج إلى جهود كثيرة وأساليب متنوعة.

ويعرف قاموس أنجلش وأنجلشEnglish & English الرباط الزواجي بأنه وحدة اجتماعية شرعية تجمع الرجل والمرأة، ويضعان فيها أساساً للأسرة. ويرى ميردوك أن الزواج هو مجموعة معقدة من الأحكام والتقاليد التي تنظم العلاقات الاجتماعية والجنسية بين شخصين بالغين، ينتميان إلى عائلتين مختلفتين، وبعد دخولهما في العلاقة الزوجية يكونان عائلة مستقلة (الحسن،75، 1985).

ويشير "كارل روجرز" (Rogers,1972) للتوافق الزواجي بأنه قدرة كل من الزوجين على دوام حل الصراعات العديدة التي إذا تركت لتحطمت دعائم الأسرة (Rogers.1972,58). كما تعرفه ناصر(2007) بأنه سلوك كل من الزوجين سلوكاً يهدف إلى تحقيق أعلى درجات النمو والفاعلية والسعادة للفرد وللآخر، داعماً ومعززاً لتشكيل أنماط متبادلة مشابهة عند الآخر (ناصر،6: 2007).

ويرى عبد المعطي والدسوقي(1993:32)أن التوافق الزواجي هو التوفيق في الاختيار المناسب للزواج والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها، والحب

المتبادل، وتحمل مسؤوليات الحياة الزوجية، والقدرة على حل مشكلاتها، والاستقرار الزواجي والرضا والسعادة الزوجية، ويتوقف التوافق الزواجي على تصميم كلا الزوجين على مواجهة كل المشكلات المادية والاجتماعية والصحية والعمل على تحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة.

بينما الاضطراب في العلاقة الزوجية فيعني عدم التوافق الناشئ بين الزوجين، والذي بدوره إلى حدوث توتر في العلاقة الزوجية، ويستمر لفترة طويلة. ويرى عبد الرازق (1998: 19) أو هو الصراع الناشئ بين الزوجين نتيجة لعدم التقارب في سمات الشخصية، أو بسبب المشكلات الاقتصادية والضغوط الخارجية التي تقع على أحد الزوجين أو كليهما، مما يترتب عليه عدم إشباع بعض الحاجات النفسية والفيزيولوجية ويؤدي ذلك إلى اضطراب الحياة الزوجية.

ومن النتائج المترتبة على سوء التوافق بين الأزواج، مايلي:

- تعرض الأسرة لعديد من المشكلات التي تفرزها الحياة اليومية حول الإنجاب وأساليب معاملة الأبناء وكيفية مواجهة مشكلاتهم.
- تعرض الزوجين لاضطرابات نفسية كالخوف والتوتر والاضطرابات التي تنعكس على أدائهم اليومي على مختلف المجالات.
- التأثير السلبي على المكانة الاجتماعية للزوجين، خاصة المرأة المطلقة، حيث تواجه مشكلة التغير السلبي في مكانتها تبعاً لتغير دورها من زوجة إلى مطلقة، مما يفرز مشكلات واضطرابات نفسية.
- زيادة معدلات الانحراف والإدمان.
- ارتفاع نسبة الإصابة بالقلق النفسي للأبناء الذين نشأوا في أوضاع أسرية مضطربة.
- انخفاض الأداء وتدني مستوى التحصيل العلمي لدى أبناء الأسر المفككة.
- تعد الخلافات الزوجية المتكررة تربية خصبة لحدوث الطلاق بين الزوجين.
- انحطاط أخلاقيات المجتمع وعدم احترام سلوكيات وعادات وأعراف المجتمع.

- تفشي الرذيلة والجريمة في المجتمع، إضافة إلى وجود جيل من الأبناء حاقد على المجتمع لعدم تلبيته لمطالبه واحتياجاته (سليمان،95، 2005).

بينما يرى سعيد العزة (170، 2000) أن الإرشاد الزواجي هو تقديم المساعدة المتخصصة من قبل المعالج أو المرشد النفسي للزوجين بهدف الوصول إلى التوافق الزواجي المطلوب، حيث يدرس أسبابه من حيث اضطراب العلاقة الجنسية والفروق الثقافية والعادات والتقاليد وسمات الشخصية وغير من الأسباب التي تؤدي إلى سوء التوافق من خلال تدريبهم على وسائل الاتصال وطرق حل المشكلات وغيرها من التقنيات المعرفية والسلوكية التي تحقق الانسجام والتناغم بينهما.

لذلك، فالإرشاد الزوجي هو مساعدة الفرد في اختيار زوجه والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار فيها، وتحقيق التوافق الزواجي، وحل المشكلات الزواجية قبل الزواج وأثناؤه وبعده.

وقد قام جاكبسون وبابكوك (Jacobson& Babcock,1978) بتطوير طريقة جديدة للعلاج الزواجي السلوكي سميت بطريقة" العلاج الزواجي المتكامل"(Integrative Behavioral Coupte Ttherapy) تقوم على دمج وتكامل الاستراتيجيات الجديدة لتطوير التقبل العاطفي (Promoting Emotional Acceptance) مع الاستراتيجيات التقليدية لتطوير التغيير(Promoting Change). ويشير مصطلح التكامل إلى المزيج بين التوجيه التقليدي الذي يشجع على التغيير والتوجه الحديث الذي يشجع على التقبل. وقد نشأ هذا اللون من العلاج نتيجة عجز الأساليب التقليدية من الحصول على نتائج إيجابية في البرامج التي قدمت إلى الأزواج الذين يعانون من مشكلات زواجية. بمعنى فشل البرنامج في إحداث تغيراً إيجابياً لدى هؤلاء الأزواج، لذلك جاء هذا البرنامج ليقدم الفائدة الإكلينيكية المرجوة للأزواج الذين لم يستفيدوا من الأساليب التقليدية، وذلك نتيجة لعدة مؤشرات تدعونا إلى الاهتمام بهم انطلاقاً من عدة اعتبارات هي:

1. الأزواج الأكثر توتراً وضيقاً هم الأقل احتمالاً للاستفادة من العلاج من الأزواج الأقل توتراً وضيقاً.
2. الأكثر احتمالاً أن الأزواج الأصغر سناً أقل استفادة من الأزواج الأكبر سناً.
3. الأزواج الأقل ارتباطاً من الناحية العاطفية لا يستفيدون من العلاج النفسي بشكل كبير.
4. الزواج الأقل انسجاماً أو الأكثر اختلافاً في الأمور الأساسية هم الأصعب في العلاج (Jacobson,follette&pagel,1986).

لذلك، فإن استراتيجيات التغيير في العلاج الزواجي تعتمد كثيراً على قدرة الأزواج على التعاون، والطرق التقليدية ليست فعالة مع الأزواج الذين يصعب عليهم التعاون والتفاهم. وبالنسبة لهؤلاء الأزواج فإن العديد من النماذج السلوكية تساعدهم على قبول الاختلافات والسعي إلى تغييرها بأساليب عملية.

أما فيما يتعلق بالعلاج الزواجي الذي قدّمه ألبرت إليس Ellis الذي بدأ مهنته كمعالج نفسي في أوائل الأربعينات كمرشِد مساعد في العلاج الجنسي، والزواجي، والأسري فيعد نموذجاً متكاملاً من نماذج العلاج النفسي، يضاف إلى الذخيرة العلمية لجهود العلماء الآخرين في مجال تحسين نوعية الحياة الزوجية. وكانت نتائج تجاربه وخبرته كمرشد في العلاج الزواجي جيدة، لذلك استنتج أن "معظم حالات الزواج المضطربة (أو العلاقات ما قبل الزواج) هي نتيجة لاضطراب أحد الزوجين أو كلاهما معاً، وأنه إذا أردنا مساعدة الناس في أن يكونوا سعداء مع بعضهم، لا بد أن نوضحّ لهم كيف يعيشوا بسلام وأمان مع أنفسهم" (Ellis,1962,3). لقد جعلته هذه الخبرة الطيبة يباشر في التدريب المكثّف على التحليل النفسي، معتقداً أن التحليل النفسي هو أفضل وسيلة لعلاج هذه الأنواع من الاضطرابات. وفي أوائل الخمسينات، أصبح أكثر ثقة بالفعالية السريرية للعلاج بالتحليل النفسي، وبدأ يدرك بوضوح أنه يوجد هناك أساس إيديولوجي للاضطراب البشري. وبالاعتماد على عمل الفلاسفة الرواقيين وأفكارهم البناءة أمثال ماركوس Marcus، أولويوس Aurelius وإبكتيتوس Epictetus الذين

أكدوا على أن اضطراب البشر لا يُعزى إلى الأحداث بقدر ما يعزى إلى موقف البشر من هذه الأحداث (الحوادث، المثيرات)، لذلك بدأ إليس بالعمل على تقديم طريقة علاجية مرتكزة على فكرة الاضطراب البشري التابعة للمحددات الفلسفية السابقة، وأكد على ضرورة استخدام التحليل النفسي في هذه الطريقة بالإضافة إلى تضمينها في معظم النماذج العلاجية ومنها العلاج الزواجي.

لم يأخذ العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي RECT أي اتجاه تقدُّمي منذ ذلك الوقت، كما لم يتم إصدار أي كتيبات خاصة بتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي في حالات المشكلات الزواجية. لكن كان هناك بعض المعالجين ممن أظهروا اهتماماً نشطاً في مجال العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي RECT، ويوجد عدد من الأحداث الهامة تاريخياً في هذا المضمار. وكان أول تقدّم هام لإيليس عندما قام بنشر أول كتابٍ في العلاج العقلاني الانفعاليRET. وعنوانه: كيف تعيش مع العُصابين: في المنزل وفي العمل How to live with neurotic: At Home and at work وكانت فكرة هذا الكتاب تدور حول قدرة الأزواج على تخفيف الخلاف أو النزاع الزواجي، وذلك بالعمل أولاً على البقاء دون قلق واضطراب حول المشكلات العصابية للأزواج، وثانياً تجريب شتى أنواع الحلول لمساعدتهم في التغلّب على صعوباتهم العُصابية.

وقد أكد إليس على فكرة الزواج الناجح بالإضافة إلى توضيح هام بين الاضطراب الزواجي وعدم الرضا أو الارتياح الزواجي، وقد مثل ذلك حجر الزاوية وأساس للعلاج العقلاني الانفعالي الزواجي RECT منذ ذلك الحين. وفي نفس الكتاب، كتب هاربر وإليس (Harper &Ellis,1961b) عن الدور الهام الذي تلعبه التوقعات الزائفة عن العلاقات الحميمة بين الأزواج، في بقاء الاضطراب وعدم الرضا الزواجي.

ويُعد مصطلح "توقعات" في العلاج النفسي أساساً لمشكلة، وذلك لأنه لا يميز بوضوح بين "الأمال"Hopes، و"الافتراضات"Assumptions، و"التنبؤات"Predictions، و"المطالب الحتمية"Absolutistic demonds. لذلك أكد كل من "إليس وهاربر" على وجود تعارض بين ما يحدث حقيقةً في العلاقات الحميمية وبين وما يفترض أو يتنبأ الأزواج بحدوثه. وهكذا تُعد التوقعات الزائفة أساساً لتطور المشكلات لاحقاً.

أما الكتاب الذي نُشره إليس عام (1962)وعنوانه: العقل والعاطفة في العلاج النفسي(Reason and Emotion in Psychotherapy) إذ تضمّن فصلاً بعنوان "الطريقة العقلانية للمشكلات الزواجية (Rational Approach to Marital Problems). وكان هذا الفصل مشتقاً ومطوراً من العملَين السابقين لإليس (Ellis,1962,210). وقد أوجز إليس بوضوح أن أحد المهام الأساسية للمرشد هي "عدم معالجة مشكلة الزواج، ولا التفاعل العصابي الموجود بين الأزواج، وإنما معالجة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المسببة لذلك العصاب" (Ellis، 1962، ص210). وفي عام (1976) نشر إليس مقالاً هاماً عن هذه الفكرة والتي أوجز فيها الموضوع العقلاني الانفعالي للغضب – الذي يكون ناتجاً عن الخلل الوظيفي الذي يتدخل ويتعارض مع علاقات التآلف والانسجام – وكيفية تنظيمه في العلاج. كما يوجد هناك عدد آخر من المعالجين العقلانيين RET ممن أسهموا في مجال العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي RECT ومن بين هؤلاء كانت كتابات "شيرش" Church,1974 حول تطبيق RET في حالات الطلاق، واستخدم "ميكليلان وستيبر"Stieper, Meclellan,1973 في استخدام الطريقة العقلانية الانفعالية في الإرشاد الزواجي، و"هيك"Hauck في النظرية التبادلية للحب والنظرية العملية للزواج.

الأساليب الوالدية الجديرة بالملاحظة:

هناك اهتمام خاص يجب إعطاؤه لعمل ويسلر وجسبي وويلن, Walen، Wessler ،Giuseppe,1980 والذي يتضمن فصلاً بعنوان "الطريقة العقلانية لإرشاد الزواج والطلاق Arational to Marriage and Divorce counseling". أما الكتاب فقد كان تحت عنوان دليل الأطباء للعلاج العقلاني والانفعالي A practitioner's Guide to Rational – Emotive therapy. وقد اعتبر هذا الفصل الفريد من نوعه، لأنه قدّم قائمة من الإرشادات الإجرائية والفنية لتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي RECT.

طبيعة العلاقات المضطربة بين الزوجين:

يميّز معالجو العلاج العقلاني الانفعالي بوضوح بين عدم الرضا الزواجي والاضطراب الزواجي، حيث يحدث عدم الرضا الزواجي عندما لا يحصل أحد الشريكين أو كلاهما على القدر الكافي مما يرغبون به من زواجهم أو من العلاقة الخاصة بينهما. أما الاضطراب الزواجي فينشأ عندما يصبح أحد الزوجين أو كلاهما مضطرباً انفعالياً (عاطفياً) حول حالات عدم الرضا التي يتعرضون لها. وهكذا، ربما يصبحون قلقين، غاضبين، عدائيين، مؤذيين، يائسين، مصابين بخيبة أمل، شاعرين بالإثم، وغيورين. وتتعارض هذه المشاعر عادة مع العلاقة أو الاتصال البنّاء، مع حل المشكلة، ومع عمليات النقاش والتفاوض التي تساعد على حل مشكلات عدم الرضا الزواجي. بالإضافة إلى ذلك، عندما يكون أحد الزوجين أو كلاهما مضطرباً، يتصرفان بأسلوب هادمٍ للذات الذي يساعد في ظهور الاضطراب الزواجي.

وتشير نظرية العلاج العقلاني الانفعالي الزواجيRECT، إلى افتراض مؤداه أنه يوجد هناك تواصل بناء، وحل مشكلة، ومهارات تفاوض بين الزوجين، وعندها من المحتمل أن الزوجين قادرين على حل مشكلات عدم الرضا بينهم

بأنفسهم. أما إذا كان الزوجان يفتقدان لتلك المهارات، ففي هذه الحالة يركز العلاج الزواجي على تدريبهم على كيفية استخدامها. ولكن، عندما يكون الزوجان في حالة اضطراب حول العلاقة بينهم، في هذه الحالة ما لم تتم معالجة مشكلاتهم الانفعالية وستبقى مشكلات العلاقة بينهما قائمة مهما كانت المهارة التي يمتلكونها في حل تلك المشكلات. كما يخطئ الأزواج دائماً في عملية تشخيص مشكلاتهم، وغالباً ما يستنتجون أن مشكلاتهم تعزى إلى ضعف ونقص في مهارات التواصل، بينما في الحقيقة، يجدون صعوبة في التحدث مع بعضهما عندما يكونون في حالة غضب، قلق، يأس..إلخ.

الاضطراب الزواجي Couple Disturbance:

كما مرّ معنا في الفصل الأول، أن الاضطراب الانفعالي، والنتائج C وفقاً لنموذج ABC في نظرية RET، لا ينشأ من الأحداث المنشطة وإنما من نموذج محدد للتفكير التقييمي في B. وهذا النموذج من التفكير، هو تفكير مطلق، حتمي، وذو طبيعة شديدة في المبالغة، ويدعى بالتفكير اللاعقلاني Irrational في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي. كما يعمل على إعاقة البشر من التفكير الواقعي حول أهدافهم وغاياتهم الأساسية. وهكذا، فإن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي تقود إلى مثل هذه المشاعر المضطربة مثل القلق، واليأس، والغضب، والعدوانية، والخيبة... تنشأ – حسب نظرية RET – من عملية التفكير المعروفة بـ "الحتمية المطلقة". وفي سياق الأزواج، تُصوّر هذه العملية من قبل أحد الشريكين بفرض مطالب حتمية مطلقة على الذات، على الشريك الآخر، أو على العلاقة بينهما. وعندما يطالب البشر بشكل حتمي ومطلق بحدوث أمر ما أو بعدم حدوثه، وحدث عكس ما يطالبون به، يستنتجون أن الحدث "مروع، و"فظيع"، و"مرعب" ولا يستطيعون تحمله، وأن مسبب الحدث المفروض عدم وقوعه هو مُسبب سيء وليس له قيمة على الإطلاق سواء كان ذلك المسبب هو الذات نفسها، شخص آخر، أو ظروف الحياة بشكل عام. وعلى هذا الأساس، لاحظ إليس أن عمليات التفكير الأربعة معروفة بشكل عامّي في أدب نظرية RET على أنها:

1. الحتمية Musturbation.
2. التضخيم أو المبالغة Awfulizing.
3. عدم القدرة على التحمل I can't stand – it– it is.
4. الإدانة Damning.

وتمثل فكرة الدين أو الإيمان الورع، حيث يتبنى الشخص موقفاً إلهياً ويلّح (ليس فقط يرغب ويفضل) على أن يكون العالم والبشر الموجودين في هذا العالم كما هو أو كماهم يريدون.

فالبدائل العقلانية المعززة للذات والتي تحل محل تلك الأفكار والمعتقدات المطلقة والتي تصاغ في إطار، وعدم الأمر، والنسبية، والرغبة (التفضيل). وهنا، وفي سياق العلاقة الزوجية، يعتقد بأن الأزواج سيكونون أكثر سعادة عندما تلّبى رغباتهم وتفضيلاتهم، وسيصبحون غير راضين عندما لا تشبع تلك الرغبات. ولكن في واقع الأمر، لا يوجد هناك ترادف بين الاضطراب وعدم الرضا، حيث يحدث الاضطراب عندما تتدرّج مطالب أحد الزوجين أو كليهما من الرغبات النسبية إلى المطالب الحتمية. بينما يحدث عدم الرضا عندما لا يتم إشباع رغبات أحد الزوجين أو كليهما كما لا يتواجد الإلحاح والإصرار في هذه الحالة بعكس حالة الاضطراب.

وبناءً على ذلك، إن العلاج الزواجي يكون أكثر صعوبة عندما يكون كلاّ الزوجين مضطربين انفعالياً حول العلاقة بينهما، من أن يكون أحدهما مضطرباً. وفي ضوء ذلك، فإن البدائل العقلانية لعمليات التفكير اللاعقلاني الأربعة هي كما يلي:

1. الرغبة ضد الحتمية: هنا يعترف الزوج برغباته، ولا يصر على تحقيقها، ولكنه يشعر بعدم الرضا إذا لم تتحقق، حيث تفيد حالة عدم الرضا هذه في إثارة محاولات لحل المشكلة، وستكون الفرصة أكبر لنجاحها مع زوج لا يظهر

الحتمية المطلقة في أفكاره.«إن العمليات الفكرية العقلانية التالية 2– 3– 4 تقابل أو تعارض العمليات الفكرية اللاعقلانية رقم 2– 3– 4».

2. التصنيف بدرجة من السوء ضد التضخيم (المبالغة): تشير نظرية RET إلى أن "الفظاعة" Awful تعني أكثر من 100٪ من السوء، وقد نشأ هذا التحديد من فكرة مفادوها "لا يجب أن يكون هذا الأمر سيئاً لهذا الحد"، وهكذا تبدو المبالغة أو الفظاعة مختلفة عن السوء فإذا لم يحصل الزوج على ما يرغب في الحقيقة، ولا يصر أو يلح على حصوله، فإن هذا الشخص متجه نحو تعريف الحرمان كشيء سيئ وليس كشيء مروّع.

إن المبدأ العام هو "كلما ازدادت أهمية الرغبة غير المشبعة، يزداد معها سوء تعريف الحرمان المرافق لتلك الرغبة – أي كلما ازدادت الرغبة أهمية – ولم يتم إشباعها – ازدادت معها شعور الشخص بالسوء". وعندما يعمل الزوج على تصنيف الحادثة في خانة 100٪ سوء، تكون تلك الحادثة في ظروف غير عادية. وفي هذه الحالة يكون التصنيف شرعياً، كما يكون التعريف النسبي للحادث من قبل الزوج خطوة نحو تحسين الحالة السيئة.

3. التحمل ضد عدم القدرة على التحمل: إن عبارة "لا أستطيع التحمل تعني الهزيمة أمام مشكلة ما، وتعني أيضاً عدم قدرة الشخص على الشعور بالسعادة مهما كانت وتحت أي ظرف من الظروف، لكن تحمل شيئاً ما يعني:

أ. الاعتراف والتسليم بحقيقة أن هناك حدثاً غير مرغوب قد وقع، والتصديق بأنه لا يوجد هناك قانون يمنعه من الوقوع.

ب. تصنيف تلك الحادثة على أنها شيئ سيئ وليس شيئاً مروعاً.

ج. تحديد نوع التغير الممكن حدوثه، وفي حال إمكانية ذلك التغيير.

ثمة محاولات بنّاءة تساعد على إحداث ذلك التغيّر المرغوب، بينما إذا كان من الصعب حدوث ذلك التغيير. فالشخص يقبل الواقعة، ويكره بشكل محدود دون

مبالغة تلك الحقيقة الضارة والمثيرة للاشمئزاز. وعندما يفكر الأزواج بشكل عقلاني، فمن المحتمل أن يدركوا أنهم يستطيعون تحمل علاقة سيئة ولا يوجد هناك سبباً يجبرهم على ذلك. إن تحمل الظروف المعاكسة هو موقفٌ مساعدٌ على القيام بمحاولات تغيير بناءة، بينما عدم القدرة على التحمل قد تقود إلى استراتيجيات علاجية هادمة للذات وللآخرين.

4. القبول ضد الإدانة: يمكن تطبيق هذا الموقف على الذات، الآخرين، وعلى المحيط. فمثلاً، عندما تقبل امرأة ذاتها بشكل غير مشروط، تدرك أنها مخلوق بشري غير معصوم عن الوقوع في الخطأ. فإذا استطاعت قبول ذاتها بهذا الشكل، سيكون بإمكانها الاعتراف بأخطائها، وتقييمهما بدرجة من السوء إذا شكلوا عائقاً أمام تحقيق وإنجاز أهدافها. بالإضافة إلى ذلك، إذا لم تلح على ضرورة تصرف شريكها بشكل حسن، ستكون على الأرجح قادرة على قبوله كشخص غير معصوم عن الوقوع في الخطأ، على الرغم من شعورها بالاستياء بسبب سلوكه السيئ، وستبادر بالمفاوضات والمناقشات البناءة لتحقيق تحسن مستقبلي. في النهاية، إذا لم تصر هذه المرأة على وجود علاقة تامة بينها وبين زوجها، ستدرك أن هذه العلاقة تحتوي على عناصر سيئة وأخرى جيدة وأنه من الممكن تحسينها لكن من الصعب جعلها تامة. كما بيّن يونغ Yong,1975 أن التفكير العقلاني يقود إلى مشاعر قوية وسلبية مثل: الهم، القلق، الحزن، خيبة الأمل، الندم، والكراهية، لكن هذه المشاعر تعمل على تحريض الأزواج لأن يتخذوا خطوات بناءة نحو تحسين المسائل والأمور المتعلقة بأهدافهم المشتركة، وذلك للحفاظ على علاقتهم.

عدم الرضا الزواجي:

تشير نظرية العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي إلى عاملين مساهمين رئيسيين في حالة عدم الرضا الزواجي وحالات عدم الانسجام والتوافق. فقد يحدث عدم الرضا الزواجي إذا تمسك الأزواج بواحدة أو أكثر من الخرافات. حيث تكون

تلك الخرافات غير واقعية، فتجعل من العلاقة الزوجية علاقة مثالية وتشجع الأزواج على المغالاة في تقدير ما يتوقعونه من علاقتهم كشركاء. فما يلي بعض الأمثلة عن العلاقات غير الواقعية (المثالية): يساوي الحب الجنس الجيد؛ الحب الرومانسي يستمر خلال الحياة الزوجية؛ شريك حياتي سيكون قادراً على معرفة ما أريد دون التعبير عن رغباتي؛ الجنس الجيد سيكون دائماً عفوياً؛ سوف لن أعاني من الحرمان أو العقاب ما دمت مع شريكي؛ سيساعدني شريكي على تجاوز مشاعر عدم الإحساس بالقيمة أو الكفاءة؛ سوف يعمل شريكي على تحسين خيبات الأمل التي حدثت لي في الماضي؛ سيوجد شريكي الأعذار على سلوكي السيئ؛ سيكون شريكي بجانبي دائماً؛ سيكون وفياً؛ مخلصاً لحبنا مهما تصرفت بسوء. فإذا لم يعمل الأزواج على تعديل هذه الخرافات عن طريق تجاربهم وخبراتهم، فسوف يصبحون في حالة من عدم الرضا والارتياح، وخاصة عندما تثبت الحقيقة عكس ما كانوا يتوقعونه من علاقتهم الزوجية. وعلاوة على ذلك، قد تقود هذه الخرافات إلى اضطراب زواجي عندما تقوم على أفكار حتمية. وقد يحدث عدم الرضا الزواجي عندما يظهر الأزواج عدم الانسجام والتوافق في علاقتهم، وكلما كان نطاق العلاقة هاماً وحصل فيه عدم انسجام، كلما زاد احتمال حدوث عدم الرضا. أي إذا حدث عدم الانسجام في نطاق هام من العلاقة الزوجية، كان احتمال حدوث عدم الرضا أكبر من أي نطاق آخر ذو أهمية أقل، وخاصة إذا فشلت محاولات تسوية الأمور وحل الخلافات. وقد ينشأ عدم التوافق والانسجام من الاختيار الساذج والاصطناعي للشريك، حيث لا يعرف الأزواج بعضهم بعضاً، أو قد يحدث نتيجة لتغيرات في وجهات النظر الخاصة بأحدهما. وفي ما يلي مثالاً عن حالة عدم التوافق.يحدث عدم التوافق مثلاً عندما تحاول امرأة ما السعي وراء حياة أكثر استقلالية، وإذا تجاوزت هذه المحاولات توقعات زوجها، فسوف تكون النتيجة علاقة زوجية بعيدة عن رغبات كل منهما. وإذا لم تحصل هي على رغبتها، فستصبح في حالة عدم رضا، وستتصرف بشكل أقل حساسية اتجاه زوجها، وبالتالي سيصبح زوجها في حالة من عدم رضا. وإذا قضت وقتاً أقل في المنزل، فسوف يشعر زوجها بعدم الارتياح، لأنه لم يحصل على رغبته في بناء بيت وأسرة جيدة ومحافظة، فيبدأ بمناكدتها، وسينتج عن ذلك أن المرأة

ستصبح في حالة عدم رضا لأنه لم يتم إشباع رغبتها في الحصول على دعم زوجها لها.

وهكذا، يتركز عدم الرضا على نشوء حالة من عدم التوافق الذي يمكن أن يُستخدم كمثير لمفاوضات جديدة ومناقشات بين الزوجين حول دور كل منهما ومسؤولياته. وقد يفشل هذا المثير ويقود إلى انهيار العلاقة الزوجية حتى لو لم يصل عدم الرضا إلى حالة الاضطراب. وفي هذه الحالة سيستنتج أحد الزوجين أو كلاهما أن علاقتهما لا تعمل على تحقيق رغبات كل منهما، ولن تعمل على ذلك في المستقبل. بينما إذا كان عدم التوافق والانسجام في نطاق أقل أهمية، فقد يقود إلى شعور أقل بعدم الرضا من جانب الزوجين، وسيعملان على قبول بعضهما الآخر، وإيجاد الأعذار لسوء السلوك الصادر عنهما.

ثبات واستمرار الاضطراب الزواجي:

تشير نظرية RECT إلى أنه يمكن للاضطرابات الزواجية أن تتفاقم ويطول بقاؤها عن طريق عدد من الطرق المختلفة. فقد يحدث الخلاف والصراع فوراً بعد نشوء العلاقة الزوجية وذلك إذا كان أحد الزوجين أو كلاهما مصاباً باضطراب كفرد. وبشكل مشابه، فقد يتطوُر الخلاف ويتقدُم في مراحل متنوعة من العلاقة عندما يحدث تغير في النظام الزواجي، حيث يعمل هذا التغيّر كمثير لأحد الزوجين أو كلاهما على تقديم فكرة مطلقة حتمية يخص الحالة الجديدة. وهكذا يتحول عدم الرضا إلى اضطراب إذا، على سبيل المثال، طلبت الزوجة وألحت على طلبها في أن يتلفن لها زوجها عندما سيتأخر عن المنزل. في هذه الحالة تكون الزوجة قد سببت لنفسها مشكلات انفعالية حول مشكلة عدم الرضا، بالإضافة إلى ذلك فقد يسبب الأزواج لأنفسهم مشكلات انفعالية ثانوية حول مشكلاتهم الأساسية. وهكذا، قد يغضب الرجل من زوجته بسبب تصرفها بطريقة غير مرغوبة بالنسبة له، بعد ذلك قد يلاحظ الرجل ردة فعله الغاضبة، ويلوم نفسه على الانفعال والتصرف بطريقة مروعة.

وبناءً على ذلك يصبح الرجل مذنباً لتصرفه الأحمق أو بسبب غضبه. وسيكون من الصعب بمكان استخدام مهارات التواصل البناء، أو القدرة على حل المشكلات وخاصة إذا أُضيف الشعور بالإثم إلى القائمة الانفعالية لذلك الزوج. إن الغضب غير العقلاني الناشئ من الطلب الحتمي لأحد الزوجين بأن لا يتصرف شريكه بهذه الطريقة لأنها قد تكون خاطئة أو مهددة لاعتباره لذاته، هو السبب الرئيسي الذي يقود إلى استمرار الاضطراب الزواجي. وفي الحقيقية، عندما يأمر كلا الزوجين بعضهما، يمكن للاضطراب الزواجي أن يكون أبدياً مع فرصة ضئيلة للحل البناء. ويوجد هناك سبباً أساسياً آخراً وراء بقاء الاضطراب الزواجي هو القلق حول مواجهة القضايا الأساسية، فيشعر أحد الزوجين أو كلاهما بالخوف لمجرد مشاركة بعضهما في مشاعر عدم الرضا الموجودة لكل منهما، وأن هناك أمراً مروعاً سينشأ جراء ذلك. ونتيجة لذلك التفكير يبدأن بالانسحاب والتراجع عن بعضهما، والشعور بالوحدة، والإثم، واليأس حول المسافة التي تبعد بينهما.

بالإضافة إلى ذلك أيضاً، يتجه الأزواج المضطربون انفعالياً إلى التصرف بطرائق غير فعالة وتدل على خللٍ وظيفي عندهم (النتائج السلوكية). وقد تفيد هذه النتائج في توليد مثير ومحرّض للاستنتاج الثانوي للزوج. وفي النهاية، تتكون دوائر مفرغة من التفاعل الزوجي المضطرب، وذلك عندما يعمل السلوك غير الفعال C من جانب الزوج كمثير أو محرض لتفكير غير عقلاني من جانب الزوج الآخر B2 والذي يقود بدوره إلى سلوك ومشاعر مضطربة C2. وهذه النتائج تعمل كمثير لأفكار غير عقلانية من جانب الزوج الأول... وهكذا. وبالرغم من ذلك، فقد أكد المعالجون على ما قام به بيك Beck,1976 حول التشوهات المعرفية (Cognitive distortion) إذ لاحظوا أنه غالباً ما يقع الأزواج في أخطاء أثناء معالجة المعلومات الخاصة بينهما، وتعمل تلك الأخطاء بدورها على تأييد الاضطراب الزواجي. ونتيجة لذلك اعتمد المعالجون تلك الأخطاء أساساً للعمل العلاجي ولكن بعد معالجتهم للتفكير التقييمي الحتمي والمطلق لدى العملاء.

تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي في المجال الزواجي:

يتبع أطباء العلاج العقلاني الانفعالي مبدأ المرونة خلال العملية العلاجية والعمل مع الأزواج، وهكذا لا يوجد هناك قواعد مطلقة تقيد معالجي العلاج العقلاني الانفعالي الزواجيRECT فيما يتعلق بنمط النماذج (العينات) المستخدمة في الجلسات الفردية. كما أن القرارات العلاجية المتعلقة بسياق العمل تفرضها الضرورة العلاجية.

ويرى إليس وبارد Ellis and Bard أن القرار سواء كان لمعرفة وضع الشركاء معاً أو بشكل منفصل في بداية العلاج، يجب أن يُتخذ من قبل العملاء أنفسهم، ولكن قد تستخدم الجلسات الفردية لثلاثة أسباب رئيسية:

1. عندما يلح كلا الزوجين على رأيه، وتكون مناقشتهما غير فعّالة خلال الجلسات، وبالتالي فإن الفائدة من تدخلات المعالج تصبح ضعيفة.
2. عندما يمنع اجتماع الزوجين في غرفة العلاج، لأنه من الممكن لأحدهما أن يكون قلقاً بسبب التأثيرات السلبية التي قد تنتج من الكشف عن الأفكار الضمنية له في العلاج. في هذه الحالة يفضل إتباع إجراء العديد من الجلسات الفردية.
3. عندما يختلف الزوجان بآرائهما حول الاستمرار أو عدم الاستمرار في العلاج، فمثلاً قد يرغب أحدهما بترك العلاج أما الآخر فلديه الرغبة في متابعته.

ولكن، عندما يقرر الزوجان أن يكونا معاً، ويشتركان بنفس الأهداف، ولا يمنع وجود أحدهما الآخر في العلاج، ولديهما القدرة على ضبط مشاعر الغضب المتولدة لديهم، كما يستطيعان البوح بمشاعرهما دون تأثيرات سلبية، بعد ذلك يكون العلاج الزواجي هو الشكل المفضل والأكثر نفعاً للحصول على عمل منتج.

هذا، ويفضل بعض أصحاب العلاج العقلاني الزواجي العمل بشكل منسجم ومتوافق مع الأزواج في جلسات فردية أثناء مرحلة «التغلب على الاضطراب

الزواجي» من العلاج. كما يفترضون، أن العملاء في هذه المرحلة غالباً ما يكونوا قادرين على الكشف عن مشاعرهم الدفينة(الكره، الغيرة، الغضب، والخوف...إلخ) وخاصة عندما يكونون في لقاء فردي مع المعالج. ويستطيع العملاء تركيز انتباههم على العملية العلاجية، أثناء محاولة المعالج مساعدتهم لإدراك العلاقات بين انفعالاتهم وسلوكياتهم الضعيفة وبين أفكارهم ومعتقداتهم غير العقلانية. كما يساعدهم على دحض وتغير هذه الأفكار. وبما أن الزواجي وفق هذا الأسلوب بطبيعته عملية تربوية، فإن القائمين عليه يصبحون واعين ومنتبهين بشكل كاف لاختيار البيئات المناسبة والمسهّلة لعملية التعلّم. على افتراض أن باستطاعة العملاء تعلّم نماذج ABC الخاصة بالعلاج RECT وذلك في سياق مرحلة علاج الاضطراب. وقد أفادت تجربة إليس بأنه في الوقت الذي يعمل فيه المعالج مع أحد الزوجين مساعداً إيّاه في تحديد مواجهة، وتغيير أفكاره اللاعقلانية، يتعلم العميل نموذج ABC للاضطراب الانفعالي السلوكي عن طريق الاستماع إلى الأشرطة المسجّلة بشكل أفضل من العمل مع المعالج والاستماع لإرشاداته.

وفي الوقت الذي يختلف فيه المعالجون في وجهات نظرهم حول سيادة العلاج الموحد المتزامن في مرحلة "التغلب على الاضطراب الزواجي" يتفقون بشكل عام أن وجود كلاّ الزوجين هو الأمر المرغوب والمفضل في مرحلة "تعزيز الرضا الزواجي"، حيث يحقق كلاّ الزوجين تقدماً ملحوظاً في التغلب على اضطراباتهم الانفعالية الناتجة عن الخلافات الموجودة بينهم، كما يصبحون في جاهزية تامة للكشف في الطرق الممكنة والمفيدة في تحسين علاقتهم إذا قرروا البقاء سويةً.

وفي هذه الحالة يستخدم المعالجون طرقاً عديدة ومتنوعة لتسهيل مثل هذا الاكتشاف، كما تُستخدم مهارات التواصل، وحل المشكلة، والتفاوض في هذه المرحلة، وعندها يكون من المفضل حضور كلاّ الزوجين ليتمكن المعالج من إعادة بناء كليهما، بحيث يكونا قادرين على التواصل، وحل مشكلاتهم، وعلى التفاوض والنقاش بشكل بناء ومحسّن للعلاقة الزوجية بينهما.

إن العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي المشترك غالباً ما يكون مع معالج وحيد على الرغم من أنه يوجد هناك بعض الحالات التي تقتضي وجود معالج مساعد من الجنس الآخر (أنثى) وخاصة في الحالات التي تشعر فيها المرأة بالاستياء من وجود معالج ذكر. وفي هذه الحالة، تعمل المعالجة المساعدة على دعم وتقوية التحالف العلاجي، وهكذا قد يصبح هذا الترتيب رباعي الأشخاص، ترتيباً محبذاً وخاصة في علاج الجنس.

وبالنتيجة، فإن أتباع العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي غير مرتبط بقواعد وإجراءات صارمة. فهو علاج يتطلب المرونة، والتغيّر أثناء العملية العلاجية، بحيث يكون التغيّر متوافقاً مع الأهداف العلاجية التي تبدو بشكل عام واضحة ومقبولة من قبل العملاء. وهكذا نجد أن العلاج الزواجي يعتمد على مبدأ أساسي وهو معارضة الحتمية وعدم تطبيقه في سياق محدد بشكل مسبق وإنما حسب ما يقتضيه الموقف والحالة.

المحافظة على الاتفاق العلاجي:

من المهم التأكيد في البداية على أن ممارسي العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي يعتبرون أن اتفاقهم العلاجي هو مع الأفراد وليس مع النظام الزواجي (هاربر 1981، وليم1980) Harper and Walem. وكما يفترض هاربر Harper أن النظام الزواجي هو نظام مجرد، لذلك من الصعب على المعالجين تحقيق التحالف العلاجي معه. لذلك يفضل المعالجون إقامة التحالف وتطويره مع كل واحد من الشركاء على حده. ومن المفضل إطلاع العملاء على مثل هذا الأمر في بداية العلاج الزواجي، لئلا يظنون أن المعالج غير مهتم بعلاقتهم كزوجين.

ويتضح مما سبق، أن الهدف الرئيسي للعلاج العقلاني الانفعالي الزواجي هو مساعدة العملاء (كلا الزوجين) في التغلب على اضطرابهما الانفعالي الناتج عن وضعهما، وبعد ذلك مساعدتهما على العمل المستمر للوصول إلى علاقة تبادلية

مرضية، وذلك إذا كان هذا هو هدفهما أيضاً. ولكن، غالباً ما يأتي الأزواج إلى العلاج الزواجي ولديهم برامج صريحة وأخرى مخفية، ومن المفضل في هذه الحالات أن تتم المقابلات بشكل منفصل مع كل منهم وذلك في بداية العملية العلاجية لتحديد فيما إذا كانت أهداف كل زوج متفقة بشكل كاف مع الآخر، وتمكّن من إتباع علاج زواجي مشترك وخصوصاً مع الأزواج الذين لديهم نفس الأهداف.

وبما أن التحالف العلاجي سيكون مع الأزواج كأفراد وليس مع علاقتهم الزوجية، فهذا سيشجع الأفراد على العمل لتحقيق أهدافهم. وأيضاً ما دامت الأهداف العلاجية ترتكز على التفكير العقلاني بالإضافة لغير العقلاني، ستصبح مهمة المعالجين هي الشرح لكلا الزوجين أنه من المفضّل لهم أن يقرروا فيما إذا كانوا سيستمرون في علاقتهم كزوجين، وإذا كان كذلك، ما هي التحسينات التي يرغبون بتحقيقها أو سينفصلون جراء الاضطراب الانفعالي الذي تسببه لهم علاقتهم الحالية؟ لذلك، لابد للمعالجين أن يضعوا قائمة من الأهداف الملائمة لكل مرحلة من مراحل العلاج الزواجي. فإذا كان الأزواج مضطربين، يحاول المعالجون مساعدتهم على تحديد ووضع الأهداف المناسبة والملائمة لإضعاف ذلك الاضطراب، أما إذا كانوا فقط غير راضين، وليسو مضطربين، عندها يحاول المعالجون العمل على تحقيق الأهداف اللازمة لتعزيز العلاقة الزوجية وذلك بعد أن يقرر الزوجان أنهما سيبقيان معاً.

وغالباً ما نرى أن المعالج يعمل على تحقيق أهداف تدعيم العلاقة الزوجية، وذلك عندما يكون أحدى الزوجين أو كلاهما مضطرباً انفعالياً، وتكون النتيجة هي تخريب ذلك الهدف. وقد اعتبر العلماء أن هذا خطأً خاصاً بالعلاج اللاعقلاني الانفعالي الزواجي Non-RECT. كما يوجد هناك خطأً أخراً يُحدثه المعالجون في العلاج غير RECT، عندما يُحضُّر المعالج لرؤية الأزواج في العلاج الموحد (المشترك). ويكون أحد الزوجين راغباً في الحفاظ على العلاقة الزوجية، بينما يضمر الآخر في داخله فسخ تلك العلاقة، لكنه لا يريد الكشف عن ذلك صراحة في جلسات المعالجة. وفي هذه الحالة إما ينتهي العلاج بعد بدايته بقليل، أولا يقدّم أي

نوع من الفائدة والتحسن لصالح الزوجين. وقد يتم تحديد مثل هذه الحالات في وقت مبكر من خلال مقابلات التقييم الفردية.

ففي مرحلة "التغلب على الاضطراب الانفعالي" في العلاج RECT من المهم أن يعمل المعالج مع كل زوج بشكل فردي إما عن طريق العلاج المشترك أو بالمقابلات الشخصية المنفصلة. ففي المعالجة المشتركة يعطي المعالج كل شريك مقداراً من الوقت، وذلك للحفاظ على تحالف فعال في ظل هذا اللقاء الذي يجمع المعالج والزوجين، وقد يعمل المعالج على تفكيك النظام الاجتماعي بين الزوجين عندما يستثنى أحد الشريكين لفترة طويلة من الزمن.

فقد يُوضّح المعالج في بداية هذه المرحلة أن الهدف هو مساعدة كل من الزوجين في التغلب على اضطرابه/اضطرابها (تركيز شخصي داخلي)، بحيث يصبحا قادرين على العمل بشكل فعّال على تجاوز الخلافات بينهما فيما بعد. وهكذا يكون العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي فعلاً عندما يفهم كلا الزوجين ويتفقان على طريقة العمل هذه. وقد أثبتت التجارب على وجود معالجين ماهرين في العلاج RECT ممن يستطيعون تقديم أفكار عقلانية مقنعة فيما يتعلق بهذه النقطة المهمة، ولكنهم لا يحققون نجاحاً دائماً في توسيع تحالف علاجي جيد مع كلا الزوجين وخاصة عندما يرتكز التحالف على هذا المبدأ.

إن الفشل في تشكيل علاقة ناجحة وفعّالة مع كلا الزوجين في بداية العلاج يقود عادة إلى مشكلات لاحقة في العملية العلاجية ولا يبشّر بنتائج ناجحة. ويُعزى مثل هذا الفشل إما إلى ضعف في مهارات المعالج، أو إلى مجموعة عوامل تخص الأزواج منها: الاضطراب الانفعالي الشديد، والتقييد الصارم بفكرة أن الشخص الآخر هو المسؤول كليّاً عن علاج المشكلات الزوجية، أو الأفكار الداخلية الدفينة التي يحملها كلا الزوجين في قرارة نفسه. وعند هذه النقطة يُنصح المعالج في مثل هذه الحالات بتغير المسار العلاجي أو بإتباع جلسات خاصة بتغير الأحداث المنشطة في A التابع لنموذج ABC.

وإذا استطاع المعالج بنجاح تنظيم العلاقة أو التحالف في مرحلة "التغلب على الاضطراب" فمن الضروري لهذا التحالف أن يقود إلى تغيير فعّال في مرحلة تعزيز الرضا الزواجي، وعندها يصبح من السهل لكلا الزوجين أن يكونا في موضع اتخاذ القرار فيما يتعلق بالأهداف، ومتحررين بشكل كاف من الاضطراب الانفعالي وقادرين على السعي لتحقيق الأهداف.

الفنيات العلاجية الرئيسية:

يُطبق العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي أنواعاً من الفنيات المعرفية(اللفظية والتخيلية)، الانفعالية والسلوكية، وذلك لمساعدة الأزواج في التغلب على اضطراباتهم وعدم ارتياحهم الزواجي، وأهم هذه الفنيات:

1) مرحلة التغلب على الاضطراب الزواجي:

(Over Coming Couple Disturbance Phase)

إن هدف المعالج في RECT في هذه المرحلة من العلاج الزواجي هو مساعدة كل زوج في التخلص من اضطرابه نسبياً، بحيث يكون باستطاعتهم العمل بشكل بناء، إذا رغبوا في تحسين مستوى الرضا في علاقتهم كأزواج. كما يساعد المعالج كلا الزوجين على التفكير عقلانياً بأنفسهم، وبأزواجهم، وبعلاقتهم. أي الشعور بشكل ملائم بالأسف، وبالانزعاج، وبالحزن جراء المأزق الذي قد يكونوا فيه عندما لا تُلبى حاجاتهم ورغباتهم – تلك المشاعر التي تحفزهم على العمل نحو تحسين علاقتهم أو الانفصال دون أي ألم انفعالي لا داعي له.

في هذه المرحلة من العلاج RECT، يساعد المعالج الأزواج على إدراك كيف أنهم ينزعجون ويضايقون أنفسهم دون داعي لذلك كله، وغالباً ما يتبع طريقة "دعنا نفترض" let's assume مع كل منهما، وهكذا يُشجّع الزوجان على افتراض أن استنتاجاتهم، على سبيل المثال، عن الشريك هي استنتاجات صحيحة في الوقت الذي يحاولون فيه تعديل النقاشات غير الفعالة حول ما حدث حقيقة في A. وبهذه

الطريقة يساعد المعالج كل زوج على تحديد أفكاره/أفكارها اللاعقلانية، واستبدال تلك الأفكار ببدائلها العقلانية. وهكذا يشجع المعالج كلا الزوجين على التركيز على اضطراباتهم بشكل خاص، إذا أرادوا لأهداف هذه المرحلة أن تتحقق.

كما تُستخدم العديد من الفنيات المعرفية في هذه المرحلة، حيث يوضح للعملاء كيفية استخدام الطرائق التجريبية – المنطقية Logical– Empirical للعلم، وذلك لدحض أفكارهم غير العقلانية. كما يُعلّم العملاء على أن يسألوا أنفسهم بعض الأسئلة، مثل: "أين هو القانون الكوني الذي يفرض على زوجتي أداء واجبها بصورة مثالية"؟"هل صحيح أنني لا أستطيع تحمل سلوكها"؟...الخ. وبهذه الطريقة تتم مساعدتهم على إدراك أنه لا يوجد هناك مبرراً للأفكار المطلقة والحتمية، فالمبرر فقط لأفكارهم التي هي على شكل تفضيلات Preferential، وعدم إصرارهم على أفكارهم الديجماطية(المتصلبة، والجامدة) Dogmatic كل ذلك سوف يساعد في الاحتفاظ بعلاقتهم من الاضطراب.

ويوجد هناك بعض العملاء ممن هم أقل قدرةً على إنجاز هذا النوع من الحوار السقراطيSocratic Questioning. في هذه الحالة، يساعدهم المعالج على تطبيق العبارات العقلانية مثل "لا أحب سلوك زوجتي لكنها تمتلك حق التصرف بسوء، إنها مخلوق بشري غير معصوم عن الخطأ"، "إنني أستطيع تحمل تصرفاتها على الرغم من أنها لا تعجبني". ويمكن لهذه العبارات أن تستخدم بشكل متكرر بين الجلسات. كما يمكن أن يُوضح لبعض الأزواج، بشكل مشابه، كيفية دحض الأفكار اللاعقلانية لكل منهما، وبهذه الطريقة يمكن أن يعمل كل منهما كمعالج للآخر بين الجلسات العلاجية الرسمية.

وثمة فنيات معرفية أخرى أيضاً تستخدم في هذه المرحلة من العلاج RECT، وتتضمن استخدام:

أ. طرائق علم المعاني العامة General Semantics Methods والتي أوجدها

كورسيبيسكي Korzybski.1988 حيث يعتقد أنها تفيد في تصحيح الاستيعاب الخاطئ.

ب. النماذج العقلانية المساعدة للذات.

ج. التسجيلات السمعية (سواء كانت للجلسات العلاجية للعملاء، أو للمحاضرات المسجلة، أو للأفكار العقلانية).

د. قائمة بعناوين الكتب أو المراجع، وخاصة استخدام الكتب التي تقدم وجهات نظر عقلانية انفعالية حول كيفية التغلب على الاضطراب الانفعالي السلوكي.

ه. أنواع مختلفة من الفنيات التخيلية، استخدمها لازاروس Lazarus,1984 في علاج بعض مرضاه.

وبشكل انفعالي، يستطع المعالج أن يوظّف مجموعة من الطرائق النشطة من العلاج العقلاني الانفعالي RET وذلك لمساعدة الأزواج في تغيير فلسفاتهم غير العقلانية(Dryden,1984b)، وتتضمن مثل هذه الطرائق استخدام:

1) التخيل العقلاني الانفعالي: حيث يتخيل فيه الأزواج (A) الأحداث المسببة للاضطراب بشكل مفصل ويعمل على الشعور بالحزن، لكن بشكل ملائم حول(C)نتائج تلك الأحداث الناتجة عن التفكير بشكل أكثر عقلانية في(B).

2) التكرار: المنشط للعبارات العقلانية.

3) لعب الأدوار: وذلك لكشف المشاعر الدفينة التي يمكن إرجاعها للأفكار المضطربة وغير العقلانية.

4) تمارين مقاومة الخجل: حيث يحاول الأزواج بشكل مقصود القيام بتجارب مثيرة للخجل، ويمارسوا قبول ذواتهم كما هي.

5) كشف المعالج ذاته (الكشف عن النفس): وتحليله بطابع المرح الذي يساعد الأزواج في عدم النظر إلى أنفسهم أو لشركائهم بجدية مطلقة. وفي هذه المرحلة، يُشجع الأزواج على مواجهة وعدم تجنب المشكلات الكامنة داخل

أنفسهم، وبذلك يستطيعون الدخول في الحياة الواقعية حتى يتخلصوا من اضطرابهم.

2) مرحلة تعزيز الرضا الزواجي:

حالما يحقق الأزواج تقدّماً في مساعدة ذواتهم وشركائهم في التغلب على اضطراباتهم الانفعالية حول علاقتهم غير المرضية، يصبحون في موضع يسمح لهم في البحث عن طرق يعززوا فيها درجة الرضا في علاقتهم الزوجية أو أن ينفصلوا بشكل ودي. ويفرض رغب الزوجان البقاء مع بعضهما، يوجد هناك مجموعة من الطرق الجيدة التي يستطيعون استخدامها لمساعدتهم في العيش مع بعضهم بسعادة أكبر . وتتضمن هذه الطرائق: التدريب على التواصل، والتدريب على التفاوض والنقاش، وعدداً من الفنيات السلوكية المصممة خصيصاً لتطوير المهارات المناسبة للتواصل مع الجنس الآخر، كما تستخدم مراجع الكتب بشكل متلازم مع الطرائق السابقة(Mackay,1985).

إن الصفة المميزة للعلاج العقلاني الانفعالي الزواجي هو مناقشة الواجبات والمهام المنزلية مع العملاء وذلك لتشجيع الأزواج على تطبيق ما تعلموه نظرياً أثناء جلسات المعالجة. ويفرض أنه قد تم تصميم هذه المهام بانتباه تام من قبل المعالج، وتم الاتفاق عليها مع كلا الزوجين أيضاً، فإن الفشل في تنفيذها سيقود إلى اضطراب انفعالي أكبر، وخاصة ذلك الاضطراب الناشئ عن فكرة التحمل الضعيف للإحباط Low Frustration Tolerance (LFT)، ولكن غالباً ما يكون المعالجون في RECT متيقظين لمثل هذه الاحتمالات، ويبذلون قصارى جهدهم في مساعدة كلا الزوجين على التخلص من تحملهم الضعيف للإحباط LFT، وبذلك يستطيعون مواجهة المهام الصعبة والطبيعة المتغيرة لعلاقتهم.

إن المهمة الأخيرة للمعالجين في هذه المرحلة هي العمل على فكرة "العلاقات الخرافية" Relationship Myths (التي تدخل فيها المبالغة)، ومساعدة الأزواج

على تقديم وجهات نظر واقعية متعلقة بما يستطيعون توقعه من علاقاتهم الودية مع بعضهم بعضاً.

المشكلات التي تُواجه العلاج الزواجي والحلول المقترحة:

إن قيادة العلاج الزواجي مشحونة بالمشكلات الكامنة، مهما كانت الطريقة التي يتبعها المعالج في العلاج. لذلك لا بد أن يتصف المعالج بقدر كاف من المرونة، ومن المفّضل له أن يعمل على دحض أفكاره اللاعقلانية الخاصة به والمتعلقة بكيف يجب على العلاج أن يتقدم، كيف يجب على العملاء أن يتصرفوا، وكيف يجب أن تكون العلاقات المتناغمة. ومن المفضّل للمعالجين أيضاً ألا يقيّدوا أنفسهم في الحفاظ أو الدمار للعلاقات الزوجية وخاصة إذا أرادوا مساعدة العملاء على مناقشة ما يرغبون ويهتمون به. بغض النظر عن المشكلات التي تواجه المعالج، يوجد فيما يلي مجموعة من المشكلات التي يتم مواجهتها في العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي:

1. الأسرار Secrets:

إن المعالجين في RECT يعتقدون أن مهمتهم الأساسية في أن يكونوا من المساعدين للأزواج كأفراد أكثر من مساعدتهم في علاقتهم، وعليهم أن يعملوا على رؤية الزوج لوحده في جلسات فردية، وخاصة في بداية العلاج. بالنتيجة، سيُطلب من المعالج المحافظة على الأسرار الزوجين. وهم مستعدون لفعل ذلك لمساعدة كلا الزوجين في الكشف عما يجول في خاطرهم بإرادتهم، ويتم ذلك في جلسات الإرشاد الفردي، وهذا يساعد المعالج على كشف خفايا كل فرد في وقت قصير. ولذلك، من الأفضل للمعالج أن يكون منتبهاً بشكل كاف إلى أن هذه المعلومات الخاصة، ولا يجب كشفها أمام أي شخص آخر، ويجب أن يأخذ بعين الاعتبار أن هذا العمل هو لتطوير التوافق بين الزوجين. وقد أكد بعض المعالجين في RET لكلا الزوجين المبدأ السابق (عدم إفشاء الأسرار) أي لا يجوز أن يسأل أحد الشريكين عن المعلومات

التي تتم مع الشريك الآخر أثناء الجلسات الفردية. بالإضافة إلى ذلك، يُنصح الأزواج بالتحدث عن جلساتهم الفردية مع بعضهم بشيء من العمومية وأن يبتعدوا عن التفاصيل.

ب. الاستمرار في إلقاء اللوم على الطرف الآخر:

يحدث أحياناً، أن يرفض أحد الزوجين أو كلاهما التسليم بحقيقة أنهما السبب في الاضطراب الذي يتملك كل منهما حول سلوك شريكه، ويتمسك بصلابة ويصر على أن الطرف الآخر هو الذي سبب الاضطراب، وذلك لأنه قد يشعر أحدهما أو كلاهما (في بعض الحالات) بأنه إذا اعترف أنه السبب في اضطراب شريكه سوف لن يكون لديه حافز للتغيّر. وفي حالات أخرى قد يكون هذا النوع من الدفاع عن النفس defensiveness ناتجاً عن الخوف من انتقاد الذات: "إذا اعترفت بأنني السبب في الاضطراب الذي يحدث لي، والذي يجب أن لا يكون كذلك، عندئذ تكون الحالة وكأنني ألوم ذاتي". في كلا الحالتين السابقتين، يعمل المعالجون في RECT على اختبار مدى صحة مثل هذه الفرضيات بدلاً من افتراض صحة هذا الإحساس الباطني المتولد عند العملاء. وقد يشير الدفاع عن الذات لدى العميل في بعض الحالات إلى وجود اضطراب داخلي عميق. ومن الفنيات التي تساعد العملاء الذين يوجهون اللوم لأزواجهم بإصرار، هي التأكيد على أنه "إذا أراد الأزواج من شركائهم أن يتغيّروا، فإنه يتوجب عليهم تغير سلوكهم أولاً لتحقيق ذلك".

ج. مواجهة نقاط الضعف والقصور When Disputing Fails:

قد يفشل المعالجون أحياناً في تشجيع أحد الزوجين أو كليهما على تحديد ومقاومة وتغيير أفكارهما اللاعقلانية المسببة لاضطراب كل منهما. وعندما يحدث مثل هذا الأمر، يستخدم المعالجون بعض الطرائق المخصصة لمرحلة "تعزيز الرضا الزواجي". وفي هذه الحالة، وعندما يتغلّب أحد الزوجين على اضطرابه/اضطرابها

الانفعالي بينما يبقى الشريك (الزوج الآخر) مضطرباً، يركّز المعالج جهوده على تشجيع الزوج (الذي تغلّب على اضطرابه) لأن يكون لطيفاً مع شريكه ليساعده على التغيّر. لقد أيدَّ إليس Ellis هذه الطريقة في كتابه "كيف تعيش مع العصابيين" How to Live With Neurotic والتي أثبتت فعّاليتها في العلاج في بعض الحالات. أما إذا بقي الزوجان مضطربان حتى بعد دحض (مقاومة) القصور، فقد يستخدم المعالجون RECT عدداً من المحاضرات والمصممة خصيصاً لتغير الأحداث المنشطة A. وهكذا، على سبيل المثال، يمكن توظيف الإجراءات التناقضية المتنوعة لمساعدة الأزواج في تحرير أنفسهم من التفاعلات السلبية التي تدور في دائرة مفرغة. وإذا استخدمت الإجراءات السابقة بنجاح، فإنها ستولّد المثير أو المحرّض عند أحد الزوجين أو كليهما، لأن يركزوا على أفكارهم المسببة لاضطرابهم. لكن على الرغم من نجاح الطريقة السابقة إلا أن مفعولها قد يكون لفترة قصيرة. وفي هذه الحالة إذا بقي الزوجان مضطربان انفعالياً، فالنتيجة، سيواجهان صعوبات عدة فيما بعد، وذلك لأن اضطرابهما الانفعالي سيكون القوة المساعدة على تطوّر واستمرار التفاعلات المضطربة.

د. التبادلات العدائية المفرطة Extremely Hostile Interchanges:

يوجد صعوبة في إدارة مثل هذه التبادلات عندما تحدث في الجلسات العلاجية للأزواج، وعندما تصبح منتظمة الحدوث من المفضّل رؤية الأزواج بشكل فردي بدلاً من رؤيتهم بشكل جماعي في الجلسة. لكن، أثناء التعامل مع مثل هذه الحالات، فقد وجد "إليس ودريدن"Ellis &Dryden أنه من المفيد وجود مثل هذه التبادلات العدائية أحياناً لإثارة انتباه الأزواج. وهكذا، وفي خضم التبادلات، يحاول المعالج على سبيل المثال أن يثير انتباه الزوجين عن طريق التعليق على صورة معلقة على الجدار. وقد تكون هذه الفنيات المثيرة للانتباه، أكثر فاعلية في إضعاف حالة الهيجان من أن يلجأ المعالج إلى معالجة الوضع عن طريق الصراخ على العملاء الذي قد يتسبب في زيادة حدة الهيجان والعدائية.

ه. عملية التغيّر The change Process:

وبنفس الطريقة التي يخطط فيها الريّان الجيد لمسيره، ويضع الطرق البديلة المختلفة له. يعمل المعالجون الفعالون في RECT على وضع الخطط والبدائل اللازمة للعلاج. وبما أن الأزواج (العملاء) مختلفو عن بعضهم بشكل ملحوظ، فإن المعالج الذي يتقيّد بطريقة علاج واحدة سيفشل في تطبيقها على كل الأزواج.

وعندما يسير العلاج بسلاسة ومرونة، سيكون المعالجون في RECT قادرين على الحفاظ على خطة العمل العلاجي. وفي هذه الحالات، يستطيعون مساعدة كلا الزوجين على إدراك أنهما في صدد نوعين مختلفين من المشكلات تلك المنسوبة إلى الاضطراب الزواجي والأخرى ذات العلاقة بعدم الرضا الزواجي. كما سينجح المعالجون في:

1. الإظهار للأزواج أنه من الأفضل لهم بدء العمل مع حالات الاضطراب.
2. التفسير بأن اضطرابهم يُعزى إلى أفكارهم اللاعقلانية الأساسية حول علاقتهم الزوجية غير المرضية. على حد اعتقادهم.
3. إقناعهم في العمل على دحض وتغيير أفكارهم اللاعقلانية واستبدالها بالعقلانية منها.
4. إقناعهم في العمل على تحديد فيما إذا كانوا قادرين على إنهاء الخلافات بينهم وإذا كان ذلك ممكناً.
5. مساعدتهم على النقاش والتفاوض حول الترتيبات المرضية في علاقتهم الزوجية لكل منهما.
6. تشجيعهم على تحقيق البدائل العقلانية المرغوبة.

وعندما يكون الزوجان في حالة عدم رضا فقط دون وجود اضطراب، يمكن تطبيق المراحل (4– 5– 6). ولكن مازال من الممكن مواجهة بعض المشكلات حتى

أثناء عملية التغيير، والتي تُعزى إلى اعتقاد أحد الزوجين أو كليهما بأن التغيّر يجب أن يكون أبسط مما هو عليه (LFT) (التحمل الضعيف للإحباط) أو إلى اختيار الأزواج لمدى صلابة التغيّر هنا، وذلك عن طريق:

أ. مساعدة المعالج للأزواج على تحمّل الصعوبات التي قد يسببها التغيير، وعلى إدراك أنه لا يمكن إنجاز كل التغيرات التي يتصورها كل منهما بسهولة.

ب. يفسِّر المعالج للعملاء بأن اختيار السلوك يحدث دائماً في عملية التغيير. وهو يسعى إلى مساعدة الأزواج على مدى قدرتهم على التغيّر، وذلك من خلال العودة إلى نماذج الخلل الوظيفي التي سببت الاضطراب بالأساس. وبالتأكيد، عندما يتم تحضير العملاء لمثل هذه النهاية، سيكون اضطرابهم أقل.

ويشرح المعالج أيضاً للعملاء بأن عملية التغير هي ليست عملية ذات مسار خطي مستقيم (أي في تقدّم) وذلك لأنه من السهل عليهم العودة إلى نماذج السلوك، والأفكار، والمشاعر المضطربة. أما عندما يكون الأزواج مضطربين في بداية جلسات العلاج، ويتحسن أحدهما نحو الأفضل، سيعمل المعالج على تشجيع الزوج على بذل جهد أكبر لأجله ولأجل تحسّن العلاقة الزوجية مع الشريك في المستقبل، وعلى تحمّل الزوج لشريكه المضطرب حتى يتم تحسنه.

وتعد هذه الطريقة في العلاج بمثابة نقطة ارتكاز تشجّع الزوج على البدء في عملية التغيّر، والتي يتبين فيها مدى ولاء وإخلاص الشريك لزوجه في مساعدته على التخلص من الاضطراب. وفي حال فشل هذه الطريقة في تقديم نتائج مفيدة للزوج المضطرب، عندها سيستفيد الشريك الآخر من ذلك في تحديد مدى صدق العلاقة الزوجية بينهما. وكما يلاحظ سابقاً، عندما يبقى العملاء في حالة اضطراب حتى بعد الفترات التي يخصصها المعالج لمرحلة "التغلب على الاضطراب الزوجي"، يستخدم المعالج مجموعة من المحاضرات النظرية السلوكية لتغيير الأحداث المنشطة (A) في نموذج (ABC)، حتى لو لم تساعد هذه الطريقة على

إحداث تغيير في الأفكار (B) وقد تكون هذه الطريقة ناجحة حيث تساعد الأزواج على إدراك مقدرتهم على التحرر من النماذج السلبية وتشجيعهم على القيام بذلك بأنفسهم. ولكن من المتوقع دائماً أن يكون هناك خطر، لأنه في حال معاودة المشكلة الأصلية للعميل سيتولد الاضطراب ثانية، ويصبح بحاجة لمزيد من العمل لتغيير الأحداث المنشطة (A).

وهنا فمن الضروري أن يكون العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي متكرراً، إذ يجب أن يتحلى المعالجون الذين يتبعون هذا الأسلوب بالمرونة الكافية التي تساعدهم على استخدام القرائن العلاجية، بحيث يقترحون تغيير النموذج العلاجي خلال المراحل المتعددة لعملية العلاج الزواجي، مثال ذلك الانتقال من جلسات العلاج الزواجي المشترك (الموحد Conjoint couples) إلى الجلسات الفردية مع كل زوج على حده. وهكذا تساعد مثل هذه التغييرات في الوصول إلى نتائج علاجية إيجابية، كما تستخدم في حال عدم فعّالية إحدى الطرق العلاجية واستدعاء طرائق أخرى.

الصفات الشخصية للمعالجين الفعالين في RECT:

في تطبيق العلاج الزواجي، يجب على المعالجين الذين يتبعون العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي (RECT) في عملهم أن يكونوا:

1. متكيفين مع استخدام الأرضية النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي الزواجيRECT ومرنين بصورة كافية من ناحية التقيد والالتزام بمبادئ النظرية، وذلك حسب ما تقتضيه المواقف العلاجية، بشرط ألاّ يكون تقيدهم صارماً بالقواعد والمبادئ الخاصة بالنظرية.
2. متوجهين إلى تبني أسلوب تعليمي موجّه وفعّال لتعليم الأزواج (العملاء) مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بطرائق مناسبة لقدراتهم التعلّيمية.
3. أنهم أصحاب موقف ثابت، ويبعدون عن التسلط، ويتناقشون مع العملاء حول

القيم الشخصية الأساسية دون فرض قيمهم ووجهات نظرهم عليهم، وبنفس الوقت يشجعونهم على العمل ضد الميول والاتجاهات المدمرة للذات.

4. مستعدين لإظهار انفعالاتهم وأفكارهم الخاصة بهم، ومبيّنين للعملاء عدم خوفهم من المبادرة في مساعدتهم على التغلب من الصعوبات الموجودة في علاقتهم الزوجية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يتجه المعالجون لأن يكونوا علميين، تجريبيين، نسبيين (بعيدين عن الحتمية) في تعاملهم مع مشكلات الأزواج. وفي استخدام العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي الذي يسمح لهم بالتعبير ملياً عن اتجاهاتهم التي تمكنهم من التعامل مع أكثر من شخص في العلاج، والجمع بين الزوجين في الحالات الصعبة وبشكل خاص في مجال العلاقات الجنسية.

ومن هنا، فمن غير الضروري للمعالجين الفعّالين في العلاج العقلاني الانفعالي RECT، أن يكون لديهم تجربة مباشرة في العلاقات المشابهة للعملاء، ولكن يفضل وجود مثل هذه التجربة لعدة أسباب:

أولاً: سيكون المعالجون قادرين على التحدث مع العملاء من موضع الثقة والتجربة، وخاصة إذا كانوا ناجحين في التعامل مع خصوصياتهم.

ثانياً: سيكون لديهم فهماً عميقاً بالعلاقات الزوجية الحميمة، وبالأسباب التي تدمر هذه العلاقة.

ثالثاً: سيكون لديهم القدرة على تقديم أمثلة خاصة من خبراتهم وتجاربهم، ليظهروا للعملاء الفوائد التي يمكن الحصول عليها نتيجة الاقتراب والتفكير العقلاني بالحياة الزوجية. ولكن، من الملاحظ أنه يمكن للمعالجين النجاح في معالجة الأزواج من دون أن يكون لديهم تجربة مباشرة فيها.

مثال (دراسة حالة):

يعرض "إليس ودريدن Ellis and Dryden" في كتابهما (تطبيقات في العلاج العقلاني الانفعالي) مثالاً لحالة زوجين يعانيان من مشكلات زواجية، وقد وضع لهما اسماً مستعاراً، السيدة لميس، والسيد أحمد زوجان لا يوجد لديهما أطفال، السيدة لميس، عمرها 35 سنة، ربة منزل، أحيلت إلى عيادتي وهي تعيش في حالة من اليأس الناتج عن موقف زوجها البارد نحوها والتي عبرّت عنه في المقابلة الأولى. وفي ضوء ذلك، طلبت من السيد أحمد الحضور إلى العيادة لأستوضح رأيه بحالة زوجته.

السيد أحمد، 38 سنة، رجل أعمال، متذمر جداً من وضع زوجته ومزاجها السيئ، كان الزوجان مهتمين بفكرة الاستشارة العلاجية حول مشكلاتهما الزوجية، حيث عبَّرا عن رأيهما بأنهما يرغبان البقاء مع بعضهما، لكنهما فضّلاَ المقابلة مع المعالج بشكل فردي في البداية. وقد سارت العملية العلاجية وفق الآتي:

مرحلة التغلب على الاضطراب الزواجي:

بدأ إليس بالعلاج من خلال مساعدة السيدة لميس على إدراك فكرتها القائمة على الإصرار المطلق بأنها يجب أن تحوز على حب زوجها، وهي الآن غير محبوبة، لأنه لا يظهر لها ذلك حالياً. وأوضح المعالج لها بأن موقف زوجها هذا لا يعبر بالضرورة على نقص الحب من ناحيته والذي سبّب لها هذا اليأس، حيث بدأ بمساعدتها على قبول ذاتها حتى لو لم يكن زوجها يحبها. كما شجعها على دحض حاجتها اللاعقلانية للحب والاحتفاظ برغبتها العقلانية لحب زوجها، ووضح لها أنها يمكن أن تكون حزينة بشكل ملائم لكن من غير الضروري أن تكون يائسة بشكل غير ملائم.

وعندما بدأ المعالج العمل مع السيد أحمد، أهمل المعالج طلبه حول عدم شعور زوجته باليأس ومساعدته على إدراك أن يأسها مرتبط بمطلب آخر وهو أنها

بحاجة للدعم والمساندة، والذي يرتبط بدوره بخوفه من الفشل في العمل، فقد اعتادت زوجته على مساعدته في أعمال الطباعة وأرشفة الكتب، وهذا ما ساعده في الحفاظ على مستوى عالٍ من الإنجاز في العمل. وفي الحقيقة لم تكن السيدة ميس تساعد زوجها بهذه الطريقة، فقد كانت تواجهه مباشرةً بقلقه الخاص المقنّع بالغضب.

شجع المعالج السيد أحمد على مواجهة هذا الخوف وساعده على دحض أفكاره اللاعقلانية القائلة "يجب أن أعمل بجد واستمر في العمل بتقدّم دائم، وإلا سأكون غير كفء، ومن المفروض أن أحصل على الدعم والتعزيز، وإلا لن أكون قادراً على تحسين مستوى معيشتنا، وهذا مقلق جداً بالنسبة ليّ".

لقد وضح المعالج للسيد أحمد بأنه يريد دعم زوجته له، لكن لا يوجد هناك قانون في هذا الكون يحكم بوجوب مثل هذا الأمر. بالنتيجة، أصبح السيد أحمد أكثر تعاطفاً نحو زوجته عندما تكون في حالة يأس. وبعد ذلك أصبح من المفيد جمع السيد والسيدة ميس في جلسات مشتركة، بعدما أصبحت هي أقل يأساً وهو أقل قلقاً وغضباً. لكن قرر المعالج رؤيتها بشكل فردي لجلستين أو أكثر، وذلك لمساعدتهما على التعامل بشكل تام مع المواقف الصعبة التي قد تولدها الأحداث المنشطة A في نموذج ABC.

فقد أحدثت هذه الإستراتيجية خوف السيدة ميس الحاد من الطلاق، فساعدها المعالج على تحديد ومقاومة فكرتها اللاعقلانية حول الطلاق، وأن الطلاق ليس أمراً فظيعاً، فهي تستطيع أن تكون امرأة مستقلة بذاتها وتعيش حياة سعيدة، لذلك هي ليست مرغمة على البقاء في عالم الزواج. كما ساعد المعالج السيد أحمد على التعامل مع خوفه المرضي من البطالة، وبيّن له بأن قيمته كمخلوق بشري لا تعتمد على وضعية عمله، وبإمكانه أن يعمل في مهن أخرى إذا فقد عمله. عندما تأكد المعالج أن كلاً من السيد أحمد والسيدة ميس قد حققا تقدّماً في علاج مخاوفهم السيئة قرر رؤيتهما معاً في جلسات للعلاج الزواجي المشترك.

مرحلة تعزيز الرضا الزواجي Enhancing Couple Satisfaction:

بدأت هذه المرحلة بعملية استرجاع لمّا تعلمه الزوجين في جلسات العلاج الزواجي الفردي، حيث كرّروا رغبتهما بالبقاء سويّةً والعمل نحو زيادة الرضا الزواجي لدى كلٍ منهما. ففي بداية هذه المرحلة، أظهرت السيدة ميس درجة أكبر من عدم الرضا مقارنةً بزوجها، بالرغم من محاولاتها العديدة لقبول ذاتها، فهي مازالت تعتقد، على حد تعبيرها، أن زوجها يفترض ويعتقد بأنها ستكرس الكثير من حياتها لمساعدته في كسب مكانته الإدارية التي كان يطمح إليها دائماً. قالت السيدة ميس: إنها لم تكن مستعدة أبداً لتكرس الكثير من وقتها لمساعدته ضمن هذا الاعتبار بل كانت بحاجة لمزيد من الوقت لتواصل تحقيق رغباتها واهتماماتها الأخرى.

وبالرغم من إظهار زوجها في البداية استيعابه لها ولرغبتها في تحقيق ذاتها، فقد كان سلوكه في الأسابيع المتتالية الأخيرة مناقضاً تماماً لكلماته. وبالرغم من محاولة المعالج لمساعدتهم في التفاوض والنقاش وتقسيم الوقت بينهما فيما يتناسب والمهام المختلفة الموكلة إليهما، فقد فشل السيد روجرز في تحقيق ما نص عليه الاتفاق. وعندها قررت السيدة ميس أن تكون قاسية وفظة معه، فقد استطاعت فعل ذلك، لأنها كانت أقل قلقاً وتوتراً فيما يتعلق بمسألة الوحدة والفراق.

وعندما أيقن السيد أحمد بأن زوجته جديّة تماماً بموضوع مواصلة العمل لتحقيق أهدافها الخاصة قرر العمل والتصرف بطريقة غير داعمة اتجاهها، وكان قادراً على التعبير بوضوح عن مخاوفه حول ما يمكن أن يعني العيش والحياة مع امرأة مستقلة بالنسبة له. لقد كان السيد روجرز خائفاً من حقيقة أنها يمكن أن تجد رجلاً آخر، بينما في الحقيقة كانت السيدة ميس ترغب ليس فقط بوقت تقضيه في مواصلة اهتماماتها، وإنما أيضاً رغبت بامتلاك وقت تقضيه مع زوجها اجتماعياً فقد عبرّت عن ذلك بقولها: "أنا لا أرغب في أن أكون حاجبة لديه". بعد ذلك عمل المعالج مع السيد أحمد بشكل فردي في سياق العلاج الزواجي المشترك،

حيث ساعده المعالج على إدراك حقيقة مقدرته على قبول ذاته حتى لو غادرته زوجته إلى شخص آخر، وأنه يمكن أن يكون سعيداً نسبياً إذا حصل كذلك.

هذا، وقد حاولت السيدة ليس في مناسبات عدة أن تؤكد له بأنه لا يمكن أن يكون لها اهتماماً برجل أخر، لكن المعالج بين لها ولزوجها بأن هذا الأمر لا يمثل القضية الأساسية، وإنما الحقيقية هي أن السيد روجرز كان قلقاً ومضطرباً حول إمكانية حدوث هذا الأمر. وعندما قاوم بنجاح دحض أفكاره اللاعقلانية حول ترك زوجته له، هدأ واستمع لرغبات زوجته بمزيد من التعاطف والألفة. وفي هذا الوقت ساعدهم المعالج على كيفية إنصات بعضهم لبعض بدقة وكيفية استجابتهم لآراء وعبارات بعضهم البعض، وكيف يتفحصون المعاني الضمنية لتلك العبارات بدلاً من الافتراض جدلاً بحقيقة تلك المعاني والافتراضات. بالإضافة إلى ذلك، فقد ساعدهم المعالج على التفكير ملياً باتفاقاتهم مع بعضهم عند الزواج حول أدوار كل منهما كزوج وزوجه. ووضح لهم إمكانية إعادة النقاش والتفاوض حول هذه الأدوار، والتي قادت إلى مناقشة ملية حول ما يطمح إليه كل منهما نحو الآخر، وما يطمح إليه كل منهما نحو نفسه كفرد، وقد استطاعوا نتيجة لذلك أن يحددوا لأنفسهم كيفية إنجاز الأهداف سواء على المستوى الشخصي I–Goals أو على المستوى الجماعي We–Goals. وفي نهاية الجلسة العاشرة من الجلسات المشتركة، قرر الزوجان أنهما قد أنجزوا ما يكفي للعمل في تعزيز الرضا الزواجي بأنفسهم.

ملاحظات Observation:

لقد وضّح المثال السابق الميزات الرئيسية للعلاج العقلاني الانفعالي الزواجي RECT، حيث تمت أولاً معالجة حالات الاضطراب الزواجي في هذا المثال بواسطة جلسات العلاج الزواجي الفردي لكلا الزوجين. ثم طبق المعالج جلسات العلاج الزواجي المشترك لمعالجة حالات عدم الرضا في العلاقة الزوجية. هذا وقد استخدم المعالج إجراءات التدريب مثل التفاوض، حل المشكلات ومهارات التواصل. وذلك في المرحلة الثانية للعلاج (تعزيز الرضا الزواجي). كما وضح المعالج للسيد

روجرز بأنه سوف يتم استدعاء المعالجين في RECT للتعامل مع الحالات الأكثر اضطراباً والتي تنشأ في هذه المرحلة الثانية. ومن الملاحظ أيضاً أن الاضطراب الانفعالي غالباً ما يصعب الشفاء منه تماماً وذلك كنتيجة لفشل أحد الزوجين أو كليهما في تنفيذ وإنجاز المهام والواجبات الموكلة إليهم.

ففي الحالة السابقة الذكر، كان قلق السيد أحمد حول فكرة علاقة زوجته مع رجل آخر نتيجة لفشله في إتباع الطريقة الصحيحة لإنجاز الواجب والمهمة التي كُلف بها في مناسبتين متواليتين. هذا وقد تمت مساعدة الزوج على إدراك أن أعذاره ومبرراته هي في الحقيقة وسائل دفاعية بطبيعتها، وقد استفاد منها في حمايته من إدانة ذاته. بعد ذلك أكد السيد روجرز بأن فرضية المعالج والتي ركز فيها أولاً على دحض أفكاره اللاعقلانية في المرحلة الأولى للعلاج قد شجعته على كشف خوفه الأساسي المرضي فقال:"أشعر بأنه قد تمت مساعدتي على اكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع هذا الخوف الخاص من نوعه، وأشك بقدرتي على كشفه، إذا لم أشعر باستطاعتي على التعامل معه".

متابعة Follow up:

لقد قام المعالج بإجراء جلسة علاجية لاحقة بعد ستة أشهر من انتهاء العلاج، وكان الزوجان قد احتفظا بما أنجزاه من تقدّم في العلاج، وبالنسبة لهما، فقد كانت الفترة السابقة لهذه الجلسة تمثل المرحلة الأكثر فعالية في فترة زواجهما، فقد صرّحا بأنهما كانا قادرين على التعبير عن رغباتهما، وكانا مساندين لبعضهما في تحقيق أهدافهما، بالإضافة إلى ذلك فقد كانا يقضيان معظم الوقت معاً. وبالنسبة للسيدة روجرز فقد كانت تقوم بعمل طوعي (تمارين اليوغا وغيرها...)، وكانت أيضاً تقضي حوالي أربع ساعات يومياً في طباعة أعمال لزوجها، وهذا ساعدها في عدم إحساسها باليأس بعد انتهاء فترة العلاج. بينما السيد أحمد لم يزل ينتظر العمل الإداري الذي يرغب به، وكان يشعر بشيء من الخوف والهلع بين الحين والآخر بسبب هذه الحقيقة، ولكنه صرّح بقدرته على

دحض أفكاره اللاعقلانية المسببة لنشوء مثل تلك المشاعر، وأخيراً توصل إلى حقيقة مفادها أن العمل لم يكن كل شيء ولن يكون نهاية كل شيء في حياته، حيث بدأ بتنظيم وإدارة فريق كرة قدم لليافعين. بالإضافة إلى ذلك فقد بدأ يشعر بالسعادة لتوافق زوجته. وبالمقابل كانت هي تشعر بأنه يهتم بها وبنشاطاتها، حيث عملا معاً في معهد لتعليم الرقص واستمتعا بوقتهما مساء كل يوم سبت، وفضلاً عن ذلك فقد صرّحا بأنهما أصبحا قادرين على مواجهة بعضهما بشكل بنّاء عند وقوع أي مشكلة وحلها دون أن تسبب أي إزعاج أو اضطراب لأي منهما.

وباهتمام واضح، فقد أشار الزوجان إلى مزايا المرحلة الأولى من العلاج والمكاسب العلاجية التي قدمتها لهما هذه التجربة، فقالت السيدة ميس: "على الرغم من ألم التجربة العلاجية، فقد ساعدني المعالج كثيراً عندما بيّن لي أن الطلاق ليس نهاية العالم، وقد أيقنت ذلك تماماً، لقد قضينا أنا وزوجي فترة عصيبة من الخوف والعيش معاً بإكراه، إلا أننا الآن نعيش معاً بسعادة لأننا نرغب بذلك حقاً". وهكذا عّبرت الكلمات السابقة عن روح وأساس العلاج العقلاني الانفعالي الزواجي.

الفصل السادس



العلاج العقلاني الانفعالي الأسري

الفصل السادس

العلاج العقلاني الانفعالي الأسري

Family Therapy

- علاقة العلاج RECT بالعلاج الأسري.
- العلاج RECT والتحليل النفسي والعلاج الأسري.
- أنظمة العلاج الأسرية.
- المقارنة بين العلاجRECT والسلوكي في العلاج الأسري.
- المقارنة بين العلاجRECT والوجودي في العلاج الأسري.
- أهداف العلاج الأسري.
- تقنيات العلاج الأسري.
- دراسة حالة.

العلاج العقلاني الانفعالي الأسري

مقدمة:

إن مفهوم الزواج والأسرة والعائلة والعلاقات الأسرية من المفاهيم القديمة قدم الإنسان والمتداخلة بعضها مع بعض، وهي موجودة في كل مجتمع. ولقد تمكن كثير من المختصين منذ زمن طويل أن يقدموا لنا صورة واضحة للحياة الأسرية، حيث شهدت الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع مرحلة طويلة تمتد منذ بداية التاريخ الإنساني وإلى الآن.

إن مفهوم الزواج Marrige يختلف نوعاً ما عن مفهوم الأسرة Family، حيث يبدو المفهومين وكأنهما يشيران إلى نفس المعنى، إلاّ أنهما في الحقيقة مختلفان: فالزواج في اللغة: الأزدواج والقتران، وهو نظام لاقتران الذكر بالأنثى، وهو نظام اجتماعي منظم بينهم، وهو أيضاً نظام نفسي دينامي من الطرفين لاستمرار الحياة ودوامها. قال تعالى: {وَإِذَا النُّفُوسُ زُوِّجَتْ }التكوير7، كما قال جل من قائل:{هُوَ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن نَّفْسٍ وَاحِدَةٍ وَجَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا لِيَسْكُنَ إِلَيْهَا فَلَمَّا تَغَشَّاهَا حَمَلَتْ حَمْلاً خَفِيفاً فَمَرَّتْ بِهِ فَلَمَّا أَثْقَلَت دَّعَوَا اللّهَ رَبَّهُمَا لَئِنْ آتَيْتَنَا صَالِحاً لَّنَكُونَنَّ مِنَ الشَّاكِرِينَ }الأعراف189

أما مصطلح الأسرة فهو جماعة اجتماعية صغيرة تتكون عادة من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأطفال، يتبادلون، ويتقاسمون المسؤولية، وتقوم بتربية الأطفال، حتى تمكنهم من القيام بتوجيههم وضبطهم، لصبحوا أشخاصاً يتصرفون بطريقة اجتماعية. هذا، وتعد الأسرة نظام اجتماعي، وهي من الجماعات المهمة التي يتكون منها المجتمع، وقد أجمعت تجارب العلماء على أهمية الأسرة في رسم شخصية طفل المستقبل.

إن تكوين الأسرة واستقرارها وسعادتها هو الوضع الذي ارتضاه الله لحياة البشر، فالإنسان يحتاج إلى الأسرة طفلا وشاباً وراشداً ومسناً للتربية والرعاية؛ فالأسرة من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية. وهي أقوى الجماعات تأثيراً في تكوين شخصية الفرد وتوجيه سلوكه. وبما أن الأسرة تتكون من أفراد فلا نستطيع فهم سلوكها جيداً من خلال دراسة كل فرد على حدة، ولكن لابد من دراسة الأسرة من خلال مفهوم النسق الأسرى، فالأسرة تعمل كوحدة متفاعلة، وما يؤثر في الفرد يؤثر في جميع الأفراد ولا يمكن فهم الفرد دون النظر إليه من خلال النسق الأسري كجزء من كلٍ يتفاعل مع بقية الأجزاء (روز مارى، ديبى دانيلز: 2001، 31).

وفي ضوء ذلك، فقد بذّل الباحثون عدداً كبيراً من المحاولات لدراسة العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري بين الأفراد، ومن عوامل التوافق الأسري أن يكون هناك استقراراً في العلاقات الأسرية والتفاهم، والحب المتبادل بين أفراد الأسرة، حيث التوافق في الحياة الأسرية، كما تبدو في تبادل وجهات النظر والمشاركة في مناقشة الأمور وتبادل الآراء بين أفراد الأسرة. ولعلّ من العوامل المهمة التي تؤدي إلى التوافق الأسري: إشباع الحاجات الأساسية لأفراد الأسرة، سواء كان طفلاً أو رجلاً، وساء كان ذكراً أو أنثى. ومن هذه العوامل:

أ. وجود أهداف مشتركة للأسرة، وقدرة على الإسهام في خدمة المجتمع والنهوض به، وارتباط بأخلاقيات هذا المجتمع وقيمه الدينية.

ب. تفاهم واتفاق بين الوالدين حول علاقتهما مع الأبناء والاهتمام بتوفير الرعاية لهم، ومن دون تفرقة بينهم.

ج. مشاركة الأبناء في إدراك احتياجاتهم، والعمل على تلبيتها.

د. الاكتفاء والاستقرار الاقتصادي، وتقدير كل فرد لما يبذله الآخرون في سبيل إسعاد الأسرة.

ه. التجارب الناجحة في مواجهة الصعوبات والمشكلات التي تعترض الأسرة.

و. توفير الصحة والقدرة الجسمية التي تهيئ لكل أفراد الأسرة القيام بمسؤولياتهم، وتحقيق إشباع العلاقات الأسرية (الكندري،1992).

لذلك، فالتقارب بين أفراد الأسرة في العوامل السابق ذكرها قد يساعد على القيام بمسؤولياتها تجاه أبنائها، وتجاه المجتمع، والذي ينعكس ذلك إيجابياً على صحة الأسرة نفسياً واجتماعياً، ويوفر لها الأمن والأمان في حياتها الحالية والمستقبلية.

تاريخ الاهتمام بالإرشاد والعلاج الأسري:

كانت ميادين علم النفس والإرشاد والعلاج لنفسي قبل الخمسينات من القرن العشرين تركز على التشخيص والعلاج الفردي، وكانت المشكلات السلوكية والنفسية ترى باعتبارها ناتجة عن توترات وصراعات كامنة في العقل، وفي خبرة الفرد، وكان العلاج يمارس في جلسات علاج تضم كلا من المعالج النفسي والعميل محاولين اكتشاف جذور المشكلة خلال المناقشة. وفي منتصف القرن العشرين أخذ مجال دراسة الأسرة في التبلور حيث بدأ الأخصائيون النفسيون والأطباء والمرشدون النفسيون في التفكير حول الفرد في علاقاته مع الناس الآخرين بما فيهم الأصدقاء وأعضاء الأسرة، كما بدأ المهنيون في العديد من ميادين الصحة النفسية خاصة في المستشفيات يلاحظون أن المرضى قد عادوا إلى إظهار أعراضهم المرضية مرة أخرى عندما عادوا إلى منازلهم، واكتشف المربون الذين طوروا برامج سلوكية محسنة لاستخدامها في المنزل أن ما يصلح في الصف الدراسي ليس بالضرورة أن يكون كذلك في الأسرة، وقد شهد الأربعون عاما الماضية تطور في وصف أهمية الأسرة ثم محاولة بناء النظريات (روز ماري، ديبى دانيلز، 2001: 29، 30).

ومن رواد العلاج والإرشاد الأسري، ناثان آكرمان. الذي أوضح حجم الدور الذي تلعبه الأسرة عندما تضطرب أحوالها في نشأة المرض عند أفرادها وقد أكد على الديناميات النفسية للفرد ودورها في الحفاظ على التوازن الداخلي للفرد، وعلى التوازن بينه كفرد وبين الأسرة، وبينه بين المجتمع فهو ركز على التأثيرات النفسية للأسرة على الأفراد أكثر من تركيزه على الاتصالات والتفاعلات داخل الأسرة. كذلك يعد جريجورى باتسون أحد الأعلام الرئيسية في حركة علاج

الأسرة فقد ذهب باتسون وزملاؤه إلى أن تعرض الطفل باستمرار لموقف الرابطة المزدوجة في الأسرة، حيث يستلم رسائل متناقضة من والديه خاصة الأم من شأنه أن يؤدى إلى المسالك المرضية. ويعد مورى بوين أيضا من أعلام علاج الأسرة حيث اهتم بوين بعملية العلاقة التعايشية أو التكافلية التي تنشأ بين الأم والطفل وطور نظريته الشاملة في علاج الأسرة (كفافى، 1999، 181– 185). وأخيراً فقد ظهر ألبرت إليس في بداية حياته المهنية كمعالج أسري وزواجي، حيث قدم المشورة لكثير من الأسر، إضافة إلى البرامج الإرشادية والعلاجية في هذا الصدد ضمن نظريته العلاج العقلاني الانفعالي، والتي سوف نركز على إسهاماته في هذا الجانب من خلال هذا الفصل.

مفهوم الإرشاد الأسري:

يعرف الإرشاد الأسري بأنه "أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس أفراد، وهو علاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كجماعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة" (سري، 1990، 193).

كما يعرف الإرشاد الأسري بأنه "نمط من أنماط العلاج والإرشاد النفسي يتم مع أفراد الأسرة كجماعة بدلاً من علاج المريض بشكل منفرد، حيث ينظر إلى المشكلات على أنها ترتبط بالأسرة كلها ويتم إرشاد أفراد الأسرة عن طريق المتخصصين الذين يزودونهم بمعلومات عن كيفية مواجهة المشكلات التي تقابلهم" (Ellman,1991).

والإرشاد الأسري هو العملية التي يقوم بها المعالج الأسرى ومعاونوه بغية مساعدة فرد فيها أو أكثر بحيث يكون بحاجة للمساعدة مستخدما معه أو معهم ما يناسبه من أساليب علاجية ومعتبراً مشكلة هذا الفرد هي مشكلة الأسرة جميعاً

ويسعى إلى تغيير نظامها ليجعله مرناً وترتيب حدودها وأدوار أفرادها وفقاً لموقعهم داخلها، ويحلل تفاعلاتهم وأنماطهم، ويعلمهم أساليب الاتصال الجيدة وغيرها من أساليب لكي تبقى الأسرة وحدة واحدة (العزة، 2001، 61).

العلاج العقلاني الانفعالي الأسري:

إن العلاج العقلاني الانفعالي الأسري يتبع مبادئ وتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي RET، إذ تشير نظرية العلاج العقلاني الانفعالي إلى أنه عندما يصبح أفراد الأسرة مضطربين انفعالياً (مثال ذلك، قلق، يأس، عدائية، ضعف سلوكي) في مرحلة من C (النتيجة الانفعالية السلوكية) التابعة لمرحلة الأحداث المنشطة A. في هذه الحالة يمكن أن يساهم A ولا يسبب في النتائج C، وبدلاً عن ذلك تكون النتائج المضطربة (للأفراد أو الأسرة) ناشئة عن الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية B. وعندما تحدث أفكاراً غير المرغوبة C، يمكن إرجاعها إلى الأفكار اللاعقلانية للأفراد B's مثل المطلقة أو الحتمية – المطالب غير الواقعية – الأوامر – أو التوقعات المفروضة على النفس، على الآخرين، وعلى الظروف المحيطة. فإذا تم دحض هذه الأفكار بشكل فعّال في المرحلة D، وذلك بمقاومتها بشكل منطقي، وتجريبي، وعقلاني، فإن النتائج المضطربة ستتضاءل أو تتلاشى وقلّما تعود.

وفي الوقت الذي كان إليس يستخدم التحليل النفسي، بدأ بتطبيق العلاج الأسري والعلاج الزواجي وتقنياتهما، وقد أثبتت هذه التقنيات فعّاليتها في العلاج، حيث استبدل التحليل النفسي بطرائق العلاج العقلاني الانفعالي. وبالنسبة للعلاج الأسري، لا تستخدم المقدمات الفلسفية الأساسية التي تساعد الأفراد على التحرر من الوهم اتجاه أنفسهم وعائلاتهم فحسب وإنما تستخدم الطرائق السلوكية، والمعرفية، والانفعالية التي تعلمهم مهارات التواصل مع الآخرين وخاصة الجنس الآخر، بالإضافة إلى مهارات تعزز علاقاتهم مع عائلاتهم.

وبالرغم من أنه يوجد هناك العديد من الدراسات التي أثبتت فعالية العلاج العقلاني الانفعاليRET والعلاج المعرفي السلوكي CBT، ومن بين هذه الدراسات، دراسة ميللر وتركستر(Miller, and Trexter,(1979، ودراسة إليس وويتلي Ellis and Whiteley(1979)، ودراسة ميشيل وديكسترا (1986) Engels and Diekstra، ودراسة ميلل وبيرمان(1983) Miller and Berman إلا أن استخدام بعض الدراسات لإثبات فعالية الطرائق المعرفية – السلوكية والعقلانية – الانفعالية في العلاج الأسري قد تراجع مؤخراً. لكن يوجد هناك بعض الاستنتاجات التي أثبتت أنه من الممكن استخدام العلاج العقلاني بشكل فعّال في مساعدة الأزواج والعائلات في المشكلات الانفعالية.

إن هذه الحصيلة من الدراسات التي دعمت فرضيات RET، تضمنت مقالات وأبحاث مثل: دراسات إيزنبيرغ وزينجل(Eisenberg and zingle(1975، وأليوت(Elliot1979 وجاكبسن (1979) Jacobsen ومـاك كليلان وستيبر (1971) McClellan and steeper إضافة إلى الكتب العلمية التي تتحدث عن تطبيق مبادئ العلاجي العقلاني الانفعالي في مشكلات الأسرة والزواج، مثل كيف تعيش مع العصابينHow to live with neurotic الذي قام بإعداده إليس(1975)، والزواج المبدع الخلاق لهاربير وإليس (Ellis and Harper(1961.

علاقة العلاج العقلاني الانفعالي بالعلاج الأسري:

تؤكد نظرية ABC في العلاج العقلاني الانفعالي أن السبب الأساسي أو الرئيسي للنتائج الانفعالية المضطربة (C) في حياة الأسرة أو في أي نوع آخر من النشاط البشري لا يرتكز في التجارب أو الأحداث المنشطة التي تحدث في الأسرة A، وإنما في الأفكار اللاعقلانية للأزواج والأطفال، بالإضافة إلى أخذ هذه الأحداث بعين الاعتبار. وبالرغم من أن امتلاك الناس في العادة عدداً كبيراً من الأفكار اللاعقلانية بشكل نظري إلا أن هذه الأفكار قد يكون نصفها شائع أو عام

(Ellis، 1962). والتي يمكن أن يختزل بدورها إلى ثلاثة أفكار أساسية من الحتميات، ويندرج تحت كل منها عدة فروع، وهي:

1. "يجب أو ينبغي أو من المفروض أن أنجز عملي بشكل جيد، أو أكون مقبولاً من الآخرين، وإذا لم يكن كذلك فيا لفظاعة الأمر (أو هوله أو رهبته)! لا أستطيع التحمل! أنا شخص فاسد لأنني لم أحقق ما يجب تحقيقه".
2. "يجب أن تعاملني باحترام وحشمة وعدل، من المريع ألا تفعل! فعندما تخذلني تكون شخصاً سيئاً، ولا أستطيع تحمل سلوكك غير اللبق".
3. "من المفروض أن تكون الظروف كما أريدها أن تكون، فظيعٌ ألا نكون كذلك! لا أستطيع العيش في مثل هذا العالم المريع! إنه مكان بغيض بكل ما للكلمة من معان".

فإذا كان لدى أفراد الأسرة واحدة أو أكثر من الحتميات السابقة Musts أو إحدى مشتقاتها، فإنه بالتأكيد سيتولد عندهم أنواع مختلفة من الاضطراب الانفعالي والضعف الوظيفي السلوكي.أما إذا أدركوا بوضوح هذه الأوامر والمطالب الحتمية على أنفسهم، الآخرين، وعلى الظروف من حولهم، واستبدلوها بالتفضيلات، فإنه من النادر حدوث الاضطراب أياً كان نوعه، على الرغم من وجود بعض المشاعر الملائمة مثل الاشمئزاز، والإحباط، والخيبة، والأسف.

وبالرغم من أن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تؤكد بقوة على الإدراك والمعرفة، إلا أنها لا تعتبر أن البصيرة تقود إلى تغير شخصي ذي معنى بل على العكس قد تدّمر أحياناً وخاصة تلك المتعلقة "بالتحليل النفسي". لذلك، أكدت على ثلاثة أنواع مختلفة من مستويات البصيرة والإدراك الذي يتوصل إليه العملاء.

البصيرة رقم (1): هي الأسباب التي تقود إلى مشكلات عملية لأفراد الأسرة والتي قد تعود إلى الظروف البيئية. لكن الأسباب وراء مشكلاتهم الانفعالية أو

مشكلاتهم حول المشكلات العملية تعود إلى أفكارهم ومعتقداتهم اللاعقلانية B حول الأحداث المنشطة A التي تخضع لها الأسرة.

البصيرة رقم (2): هي، بصرف النظر عن كيف أصبح أفراد الأسرة مضطربين، فهم يشعرون اليوم بالاضطراب، لأنهم ما زالوا منغمسين بنفس الأفكار المتأصلة من الماضي، حتى لو تعلّموا بعض هذه الأفكار من والديهم أو من عوامل اجتماعية أخرى، فمازالوا يكررونها حتى يومهم هذا ولذلك، فإن ظروفهم الذاتية هي أكثر أهمية من الظروف الخارجية.

البصيرة رقم (3): هي إذا أنجز أفراد الأسرة مستوى البصيرة رقم (1) ومستوى البصيرة رقم (2) وأدركوا ملياً أنهم السبب في اضطراب مشاعرهم فلن يساعدهم بلوغ هذين المستويين على تغيير أفكارهم اللاعقلانية بشكل أوتوماتكي، إلا إذا كان هناك عمل وتطبيق في الحاضر، والمستقبل على الشعور والتفكير والسلوك ضد الأفكار اللاعقلانية في هذه الحالة سيستطيعون تخفيض الاضطراب وربما التغلب عليه نهائياً.

يأخذ العلاج العقلاني الانفعالي الظواهر والأوضاع البشرية والوجودية التي تشكل العالم الذي يعيش فيه أفراد الأسرة بعين الاعتبار، ليس لأنها السبب في اضطرابهم وإنما لأن نظرة البشر وموقفهم من هذه الظواهر هي السبب فيما يحدث لهم. كما يقبل فكرة أنه من حق الأفراد أن يكون لهم حريتهم الخاصة بشخصيتهم لكن بنفس من الواجب عليهم أن يعيشوا ويتكيفوا مع طرق الأسرة وأساليبها، ويشاركوا فيها وأن يكون لديهم اهتماماتهم الاجتماعية. وتشجع نظرية RET على القبول غير المشروط للذات، وعلى تقييمها لأعمالها وسلوكها وليس لشخصها كفرد.

العلاج العقلاني الانفعالي الأسري وأنظمة أخرى للعلاج الأسري:

يوجد هناك أعداداً لا تحصى من الأنظمة الخاصة بالعلاج الأسري، لكن الأكثر شيوعاً منها هي أنظمة التحليل النفسي، والمدارس السلوكية. وفيما يلي عرض موجز لتبيان كيفية تداخل العلاج العقلاني الانفعالي الأسري واختلافاته مع وعن هذه الأنظمة.

العلاج العقلاني والتحليل النفسي للعلاج الأسري:

يختلف العلاج العقلاني الانفعالي بشكل أساسي عن ما يدعى بعلاج التحليل النفسي المقدّم من قبل فرويد Freud وأتباعهُ. ولسوء الحظ أو لحسنه، لا يتقيّد المحللون النفسيون والمعالجون بالتحليل النفسي بنظريات فرويد وفنيّاته في الوقت الحالي، وما يدعى بالعلاج الفرويدي الحديث Neo–Freudion Therapy كتلك التابعة لـ كارن هورني Karen Horng، واريك فروم Erich Fromm، فرانس ألكساندر Franz Alexander، وتوماس فرينش Thomas French، وهاري ستاك سوليفان Hary Stack Sullivan.

وهكذا يؤكد ما يدعوه بول وتشل Paul Wachtel بالتحليل النفسي استيعاب العملاء وتغييرهم لعلاقاتهم الشخصية الحالية بدلاً من الانغماس غير المتناهي في حياتهم الماضية بالإضافة إلى التوضيح لهم كيفية الاعتراف بأفكارهم اللاعقلانية والبعيدة عن الواقع ودحضها. ويتضمن التحليل النفسي الفرويدي الكلاسيكي افتراضات أساسية وعديدة بأن المعالجين بالتحليل النفسي الأسري مثل "ناتون أكرمان" Natton Ackerman, 1958 يتم اختيارهم بشكل جزئي. ويتضمن هذا النظريات التي تقول:

1. أن المشكلات الأسرية الحالية تنشأ من الخبرات السابقة للبشر في عائلاتهم الأصلية، والتي نقلوها إلى رفاقهم وأعضاء عائلاتهم الحاليين.
2. الصعوبات الأسرية الراسخة تنشأ من الاضطرابات الانفعالية لأفراد الأسرة.

3. ومن خلال فهم واستيعاب الأصول الأولية لاضطراباتهم الخاصة والعمل عن طريق العلاج بالتحليل النفسي المطوّل فقط، سيتغلب البشر على اضطراباتهم الأسرية الحالية.
4. إن الأداة العلاجية الرئيسة هي العلاقة بين المعالج والعملاء، حيث يقوم المعالج بالتنسيق للعملاء ليمارسوا تحولاً في الاضطراب العصبي الوظيفي خلال فترة العلاج، بالإضافة إلى استخدام العلاقة الشخصية بينه وبين العملاء للتوصل إلى العُصابيّين الأصليين في الأسرة ومساعدتهم.
5. إن كل الأفراد المضطربين بما فيهم أفراد الأسرة لم يتم تغلّبهم على عقدة أوديب، والمخاوف المشوهة والعدائية المكبوتة اتجاه الآباء والأشقاء، وإن الاستيعاب والعمل على علاج هذه العقد والمشاعر العدائية يعتبر جزءاً أساسياً للشفاء.
6. تنتج كل الاضطرابات الأسرية الخطيرة من اللاشعور العميق للبشر أو الأفكار والمشاعر المكبوتة الدفينة وعندما يصبحون على إدراك ووعي تامين لما سبق، فسوف يتغلبون على اضطرابهم.
7. إن الاضطرابات الانفعالية الشديدة مثل الفصام Schizophrenia، هي نتيجة للتعامل والتصرف من الأطفال خلال فترة الطفولة، وأيضاً تعود إلى الظروف الأسرية الفقيرة على مرّ الأجيال.
8. تقود البصيرة الفكرية والانفعالية إلى تغير سلوكي، لكن الحلول السلوكية بحد ذاتها عديمة الجدوى ولا تقود إلى إحداث تغييرات فكرية وانفعالية.
9. تنتج المقاومة للتغيّر العلاجي من الاضطرابات العالقة في الذهن ومن المقاومات اللاشعورية لمشاعر الطفولة ونقل هذه المشاعر للمعالج. "مقاومة التعبير عن مكونات الذات للمعالج".

إن كل نظريات التحليل النفسي السابقة والخاصة في تكوين الشخصية للعلاج النفسي، ما عدا الثانية منها، قد واجهت معارضة من نظرية وتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي RET حيث أن نظرة RET هي أن كل هذه النظريات مزيفة،

وتقوم على الافتراض لا البحث وغالباً ما تقود إلى أذى علاجي بدلاً من التحسن (Ellis، 1968). ومع ذلك فهي تتفق – (RET) – مع النظرة التحليلية بأن أفراد الأسرة مسؤولون تماماً عن اضطرابهم، وأن الحل العلاجي الجيد يتضمن تغلبهم على اضطرابات الشخصية الداخلية لديهم. ويوجد هناك قليلٌ آخر من نقاط الاتفاق بين RET والتحليل النفسي الكلاسيكي. وهكذا، فإن التقيد الصارم من قبل المعالجين بالتحليل النفسي سوف يقود إلى عدم فعّالية علاجية، بينما عندما يبتعدون باعتدال عن نظرية التحليل النفسي فسوف يحققون الفائدة للأفراد والأسرة كعملاء.

العلاج العقلاني الانفعالي وأنظمة العلاج الأسرية:

كثيراً ما تأخذ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي من نظرية الأنظمة (المجموعات) therapy systems بما في ذلك مصادقتها مجموعة من الاقتراحات التي تم تأييدها من قبل معالجين عدة مثل: باتسون Bateson، وجاكسون Jackson وسلفادورsalvadore وموراريmurrary ومن هذه الاقتراحات مايلي:

1. في دراسة العلاج الأسري والعائلات يجب الانتباه، ليس فقط لتفسير الأفكار، والمشاعر والتصرفات الفردية ولكن للتنظيم الكلي المتكامل والعلاقة بين أفراد الأسرة.
2. يُفضل دراسة المبادئ العامة التي يمكن الاستفادة منها في تفسير العمليات البيولوجية التي تقود إلى زيادة التعقيد والصلابة للفرد كنظام متكامل.
3. من الأفضل التركيز على العلاقات بين أفراد الأسرة في ضوء الظروف البيئة المحيطة وليس بمعزل عنها.
4. إن دراسة التواصل بين أفراد الأسرة يساعد في توضيح كيف يصابون بالاضطراب وما هي الطرق التي يجب إتباعها للتخلص من اضطرابهم.

وبالرغم من أن التوافق مع وجهات النظر السابقة الخاصة بالعلاج الأسري الموجّه بنظرية الأنظمة قدّمت نظرية RET مجموعة من التحذيرات، وأهمها مايلي:

1. إن التركيز على الشمول، والكلية، والتنظيم، والعلاقة بين أفراد الأسرة مهم جداً، لكن من الممكن أن يكون هناك مبالغة فيه. فالأسر لا تضطرب لمجرد تنظيمها أو عدم تنظيمها وإنما بسبب المشكلات الشخصية الخطيرة لأفرادها. وما لم تتم معالجة تلك المشكلات، فإن أي تغيير يمكن أن يحدث من خلال تغيير نظام الأسرة سيكون على الأرجح سطحياً وغير مستمر، بالإضافة إلى ذلك سيتجه علاج الأسرة لأن يكون عديم الجدوى والفائدة.
2. يتطلب علاج الأنظمة الأسري معالجاً موّجهاً – فعالاً قادراً على تخصيص فترات من العلاج لحل المشكلات.

تتشابه كثيراً نظرية العلاج العقلاني الانفعالي مع نظرية الأنظمة ضمن الاعتبارات السابقة. لكن يتجه معظم المعالجون في الأنظمة إلى تجاهل الظواهر البيئة ومظاهر الذات المضطربة عند معالجة مشكلات أفراد الأسرة، أو يتعاملون مع الجوانب المشكلة للنظام (إليس، 1978)، وحسب تعبيراتRET، يركزون على حل الأحداث المنشطة A المسببة للمشكلات الأسرية دون النظر إلى أو الاهتمام بالأفكار والمعتقدات حول هذه الأحداث. بينما يتجه العلاج العقلاني الانفعالي نحو التوضيح لأفراد الأسرة كيف يساهمون في اضطراب أنفسهم فكرياً حول ما يحدث لهم في الموضع A، وكيف يولّدون اضطراباتهم في الموضع B بعد ذلك يبين لهم كيف يغيّرون مواقفهم الشخصية والأسرية في A. وهكذا يكون اتجاه العلاج في مسارين متوازيين وليس في مسار وحيد الاتجاه.

3. بسبب التركيز الشديد على أوضاع الأسرة وعلاقات التواصل الشخصية بين الأعضاء عند معالجة المشكلات، يستخدم المعالجون الطرائق المعرفية ويغفلون عن الأسباب الرئيسة وراء المشكلات الانفعالية والسلوكية وخاصة تلك التي

تولّدها الأفكار المطلقة اللاعقلانية (يجب، ينبغي، ومن المفروض). وهكذا وضمن هذا المضمار يمكن اعتبار أنظمة العلاج الأسري فعّالة جزئياً لكنها ما تزال سطحية وظاهرية.

العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج السلوكي الأسري:

تؤيد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي كل المبادئ الأساسية للعلاج الموجّه سلوكياً، وذلك لأنه شكل من أشكال العلاج السلوكي المعرفي، ويستخدم النظريات والطرائق السلوكية لكنه يستخدم التقنيات السلوكية لمساعدة أفراد الأسرة على تغيير افتراضاتهم الفلسفية، وإحداث تغيير أيضاً في تفكيرهم، مشاعرهم، وتصرفاتهم أكثر من استخدامه لها لإحداث تغيّر عرضي Symptomatic والذي يهدف إلى إحداثه بعض المعالجون، أمثال جوزيف ولبه Josph Wolpe 1983. كما يؤكد بأن بعض الطرائق السلوكية المساعدة على إحداث تغيير أسري وفردي مثل – التعزيز الاجتماعي والتحصين التدريجي للمخاوف– ليس لها فقط حدوث واضحة وإنما أيضاً تحتوي على معاني ضمنية فكرية عميقة تقود إلى نتائج مضادة للعلاج. وهكذا، فإذا عمل المعالجون على تعزيز تغيرات أفراد الأسرة بمنحهم توافقاً اجتماعياً، فقد يصبح العملاء معتمدين كلياً على المعالج، وتظهر لديهم زيادة بدلاً من النقصان في حاجاتهم الملحة للتوافق والذي يعد غالباً من مصادر اضطراباتهم (إليس، 1983).

العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج الوجودي الأسري:

إن مقالة روبرت ليفانت Robert Levant النقدية حول العلاج الأسري التقليدي وما فيها من طرائق مستخدمة، تضمنت نقاطاً ممتازة أغفلها في الأدب، وقد تفيد في تقديم تعديلات فعّالة في المستقبل. هذا وقد تم تأييده في كثير من وجهات نظره والشد على يده في الدعوة إلى تقديم طريقة مختلفة جذرياً

فالقوة الثالثة Third Force على سبيل المثال تفيد في العلاج الأسري، إلاّ أن ليفانت Levant يرى من وجهة نظره المستمدة من الإنسانية وعلم الظواهر أن هذه النظرة لا تتكيف مع الطريقة الفعّالة – المباشرة، والمقدّمة للمعلومات لكن من وجهة نظر إليس، حيث أنه يوجد تكيف تام والذي يبينه في الآتي:

لقد قدم ليفانت Levant مجموعة من المقترحات فيما يتعلق بالمعالجين الوجوديين الإنسانيين، والتجريبيين والمتمركزين حول العميل، ووجدنا أنها تتفق مع:

1. لا تنشأ العلاقات الأسرية والزوجية المضطربة مما يحدث بين أفراد الأسرة بقدر نشوئها من وجهات نظر الأفراد نحو ما حدث.
2. بالنتيجة، وبغض النظر عما يفعله أفراد الأسرة – سواء بالمساعدة العلاجية أو بدونها – للوصول إلى علاقات وأحداث مرغوبة في سياق الأسرة، فإن هذه العلاقات والأحداث لن تبقى مرغوبة إذا كان هناك عضواً أو أكثر من الأسرة يفهم ذاته أو الآخرين بطريقة مشوهة وسلبية.
3. على الأغلب إن معظم الأفراد الذين يعيشون في أجواء أسرية، يملكون دافعاً وغريزة قويةً لتصحيح مسار الذات وإثبات وجودها، ولذلك بغض النظر عن إدراك المشوهة، الهادمة للذات والمخربة للعائلة وكذلك تصرفاتهم، فإنه يوجد لديهم مقدرة معتبرة – سواء كانت عن طريق قوة مصادرهم الخاصة أو بمساعدة المعالج – لتغيير طرقهم وتكييف الأحداث والعلاقات لصالحهم في نظام الأسرة.
4. يمكن للمعالج أن يساعد أفراد الأسرة الذين يجدون أنفسهم على خلاف مع أقرب الناس لديهم وذلك بالتوضيح لهؤلاء الأفراد موقفه المتعاطف مع سوء الفهم الموجود لديهم حول أنفسهم والآخرين المقربين من حولهم، وذلك بقبولهم كلياً دون شروط – حتى مع سلوكهم المخرّب للذات – وبتشجيعهم على قبول ذاتهم دون شروط أيضاً مهما كان سلوكهم سيئاً. وأيضاً يمكن أن يكون المعالج بالنسبة لهؤلاء الأفراد نموذجاً يمكن الإقتداء به، وقادراً على قبول

ذاته على الرغم من نقاط الضعف الموجودة في شخصه، وعلى الرغم من الشكوك التي تقدمها الحياة لكل الأفراد (بون، 1968 – روجرز، 1961) .Bone 1968 ; Rogers 1961

إن هذه الطريقة في دراسة الاضطراب البشري في ضوء الظواهر المحيطة (الداخلية والخارجية)، وفي مساعدة المعالج للعملاء هي – كما أشار إليها ليفانت levant – طريقة متمركزة حول العميل وليست علاجاً نظامياً موجهاً ومشتقاً من "علم النفس الديناميكي" Psychodynamic.لكن ما فشل ليفانت في ملاحظته هو جزءٌ أيضاً من عدة أنواع من العلاج الموجّه – الفعّال مثال: ذلك، العلاج الجشتالتي Gestalt، الذي صاغه بيرلز Perls العلاج الوجوديexistential لـ فرانكل Frankl والعلاج العقلاني الانفعالي RET – وكل مما سبق يختلف جذرياً عن إجراءات العلاج المتمركز حول العميلClient–Centered therapy.

ويؤكد إليس هنا بأن تلك الطرائق التي تتضمن النظرة الظواهرية للاضطراب البشري بطرائقها الموجهة والفعالة لا تقتصر فقط على الفوائد التي أشار إليها ليفانت levant بالنسبة للعلاج الأسري المتمركز حول العميل وإنما يوجد هناك أشكال سلبية – غير موجهة من العلاج.

إن الأسباب الأساسية من وجهة نظر إليس للاعتقاد في فعّالية الطريقة الموجهة – الفعّالة والقائمة على أساسيات ومبادئ علم الظواهر في العلاج الأسري، تنشأ من الاقتراحات العديدة حول الاضطراب البشري وتغير الشخصية التي أغفلها ليفانت Levant وآخرين من مؤيدي العلاج المتمركز حول العميل. وفيما يلي بعض الاقتراحات:

1. كما يُولد البشر ويربون بنزعات وميول قوية نحو تصحيح مسار الذات وإثبات وجودها، أيضاً يولدون ويربون بشكل استثنائي وبنزعات قوية نحو سوء الفهم والإدراك، والتضخيم، وإدانة الذات، وإدانة الآخرين، والقدرة الكلية، والتفكير

الخيالي، والتحمل المنخفض للإحباط، وأشكال أخرى من الأفكار اللاعقلانية.

2. حالما يبدأ البشر في التفكير والتصرف بطرائق هدامة للذات يصبحون معتادين على فعل ذلك بسهولة ويقاومون أي نوع للتغير، ليس فقط بسبب المحرضات اللاشعورية التي يعزو معالجو علم النفس الديناميكي إليها، بل لأنه من الصعب لأي شخص أن يغيّر تفكيره الضعيف . الناتج عن الخلل الوظيفي . وشعوره وسلوكه الذي اعتاد عليه.

3. بالرغم من أن معظم الأنواع الخطيرة للاضطراب الفردي والجماعي تنشأ من الإدراك الخاطئ والبناء الشخصي الضعيف (كيلي، 1955)، والصعوبة التي تنشأ من مسائل الحب الزواج، والجنس، بالإضافة إلى الخلل الوظيفي الفردي والتي تقود بشكل جزئي إلى قلة خبرة البشر والنقص في تدريبهم على الحياة الأسرية والزوجية.

4. إن البشر الذين توجد لديهم صعوبات انفعالية داخل أو خارج إطار الأسرة، يحتاجون بشكل دائم إلى نوع من الواجبات المنزلية المحددة، والتي يستطيعون القيام بها بأنفسهم أو بين الجلسات العلاجية.

5. يواجه بعض الأفراد وبعض الأسر صعوبات من نوع خاص، مثل المستوى الثقافي (التربوي) المنخفض أو الحالة الاقتصادية والاجتماعية المتردية. حيث يوجد هناك دليل على أن الأشخاص الذين يواجهون مثل هذه الصعوبات غالباً ما يجدون صعوبة في تغيير أنفسهم أو تحسين أوضاعهم الأسرية بمعزل عن مساعدة المعالجين النفسيين (Aponte,1976). كما يبدو أنه من المحتمل إذا كان العملاء مثقفين ومن طبقة متوسطة، يمكن أن يستفيدوا من العلاج الأسري غير المباشر والقائم على دراسة علم الظواهر، ولكن بالمقابل يوجد هناك كثيراً من العملاء الذين يحتاجون إلى طريقة مباشرة – فعّالة من العلاج.

ولأسباب أخرى كهذه تم اقتراح أنه حتى لو كانت الطريقة المباشرة والفعالة مأخوذة من قبل العديد من المعالجين في الأنظمة الأسرية وعلم النفس الديناميكي ومرغوبة في مساعدة البشر على حل مشكلاتهم الأسرية والفردية، فإنه

يوجد هناك أنواع أخرى من الطرق المباشرة – الفعّالة المناسبة والتي تقود إلى نتائج أفضل من العلاج المتمركز حول العميل بشكل سلبي. بعد ذلك، يطرح إليس السؤال التالي ما هو النوع الخاص من العلاج الأسري المباشر الذي ينصح باستخدامه؟

ويجيب إليس عن هذا النوع بأنه العلاج العقلاني الانفعالي RET باعتباره طريقة شاملة في العلاج، من حيث استخدامه طرائق عديدة، معرفية، انفعالية وسلوكية. ويطبق ذلك في إطار علم الظواهر والأساليب الإنسانية التي استخدمها روجرز.

العلاج العقلاني الانفعالي الأسري RET Family Therapy:

من الأشكال الشائعة للعلاج الأسري اليوم هو علاج الأنظمة الموجه والعلاج النفسي الديناميكي البعيدين عن أن يكونا مرغوبين، لأنهما يتجهان نحو إغفال أفراد الأسرة كأفراد وكبشر لهم حقوق. وغالباً ما يفشلان في مساعدة العملاء على إدراك أنفسهم كمسببين ومؤيدين لمشكلاتهم الشخصية الداخلية، وليس كضحايا لنشأتهم في مرحلة الطفولة أو للصعوبات البيئية الحالية.

إن النظرة الإنسانية – الظواهرية العائلات الذين يأتون للعلاج، مثل النظرة المتمركزة حول العميل، تم تأييدها من قبل ليفانت Levant عام 1978، واستخدمت كمصحح لطرق العلاج الأسري وحيدة الجانب أيدها الكتاب والأطباء لاحقاً. وقد أغفلت هذه النظرة بحد ذاتها بعض حقائق الاضطراب البشري الفردي والجماعي، وبالنتيجة قادت إلى نهايات غير فعّالة ومبالغ فيه.

وقد تمّ اقتراح "القوة الثالثة" Third force في العلاج الأسري والتي تجمع بين الطريقة الإنسانية الظواهرية والطريقة المباشرة الفعالة، وذلك كمحاولة لمساعدة أفراد الأسرة في التنازل عن إدراكاتهم الخاطئة حول أنفسهم والآخرين، ولإحداث تغيرات فكرية في مواقفهم الشخصية الداخلية وفي سلوكهم. وكمثال

على هذا النوع من الطريقة الجامعة بين الطريقتين السابقتين، إن بعض مبادئ وتطبيقات العلاج العقلاني الانفعالي RET تساعد الأفراد على تغيير أنفسهم ومساعدة بعضهم بعضاً في إطار الأسرة. كما يُوضح للعملاء في العلاج العقلاني الانفعالي الأسري كيفية الاعتراف، الفهم، والاختزال من مشكلاتهم الانفعالية، بالإضافة إلى ذلك يوضح لهم كيف يساعدون أفراد الأسرة في أن يصبحوا أكثر عقلانية، ممارسين لاستجابات انفعالية ملائمة، وأن يتصرفوا بطريقة بعيدة عن هدم الذات وتخريب الأسرة.

متى يكون العلاج العقلاني الانفعالي الأسري أكثر فاعلية:

من الواضح أن لكل أشكال العلاج تبدو فعالة بشكل خاص مع الشباب، متقدّي الذهن، وغير المضطربين بشكل خطير (معتدلي الاضطراب) Garfield and Bergin, 1978. وهكذا يكون العلاج العقلاني الانفعالي أفضل مع عملاء الأسرة الموجودين ضمن هذا النطاق، لكنه يعتبر أيضاً واحداً من أشكال العلاج الفعالة مع العملاء أو الأفراد المصنفين ضمن قائمة العجز النفسي كالذهانيين. وبشكل طبيعي لا يكونRET ذاته مع هؤلاء العملاء الصعاب وأولئك الأقل اضطراباً ولكنه يساعد بشكل خاص مثل هؤلاء العملاء على قبول ذواتهم كما هي دون شروط، وعلى التوقف عن تذليلها لكونها ضعيفة انفعالياً. بعد ذلك، لكون RET واقعياً ويستطيع القبول بسهولة فكرة المكاسب المحدودة لبعض الأفراد، يساعد أفراد الأسرة الذهانيين على تدريب أنفسهم لأن يكونوا أقل ضلالاً وانحرافاً مع أن هذا لن يؤدي إلى شفائهم تماماً (Ellis، 1973). بالإضافة إلى ذلك، يعدُّ العلاج العقلاني الانفعالي الأسري فعالاً بشكل خاص عند مساعدة أفراد الأسرة الأقل اضطراباً على قبول التعامل بشكل حسن مع الأعضاء الأكثر اضطراباً وانحرافاً وإذا كان الأطفال، كما يكونون في الغالب مندفعين وغير اجتماعيين، وذهانيين، والعلاج العقلاني الانفعالي يبين لوالديهم أنه على الرغم من مساهمتهم إلى حد ما في اضطرابات أطفالهم فهم لا يعدون السبب المباشر لذلك، كما

يعلمهم بأنه يوجد هناك عوامل بيولوجية قوية في معدّل فوق أو تحت الاستجابة عند أطفالهم، ولا يوجد هناك سبباً يدعو إلى إدانة الوالدين في هذا الاعتبار.

ويوضح العلاج العقلاني الانفعالي للوالدين كيفية القبول التام لأطفالهم الضعاف انفعالياً وبدنياً، وكيفية مساعدتهم على أن يكونوا أقل اضطراباً. وبنفس الوقت، يوضح RET للأطفال، وخاصة الراشدين منهم، كيفية قبول والديهم الذهانيين الكحوليين، سيكوباتيين بكل ما لديهم من نقاط ضعف، وكيف يتوقفون عن انتقادهم. وهكذا، في حالة الأولاد الذين هم بين 12– 14 سنة من عمرهم، والذين يشعرون بالغضب الشديد بسبب وضع والدهم الكحولي، والبعيدين عن تحمل المسؤولية، وإهمال والديهم لهم لأجل محبوب بعمر أولادها أو أكبر منهم بقليل، سيدركون بعد عدة جلسات من العلاج العقلاني الانفعالي أن والديهم كانا يتصرفان بطريقة بعيدة عن الوعي والشعور بالمسؤولية – طالما أنهم اختاروا الشرب وإهمال الأطفال وكانوا يفعلون ذلك بطريقة غير والدية – ولكنهم بشر ككل البشر لهم حق الوقوع في الخطأ فهم غير معصومين عن ذلك، بالإضافة إلى ذلك أنهم أفراد مضطربين قرروا العمل بالطريقة التي قادهم إليها اضطرابهم، ولكن يمكن قبولهم والعفو عنهم على الرغم من تصرفاتهم المضادة للأسرة. وحالما تعلّم الأولاد – في العلاج الأسري – في قبول والديهم بتصرفاتهم غير المسؤولة استطاعوا الاحتفاظ بروابط المحبة مع هؤلاء الوالدين، والتركيز على ما سوف يقومون به للعيش بشكل أفضل في بيئة أسرية كهذه. وبعد ذلك يستطيعوا تحسين علاقتهم مع أصدقائهم، وأيضاً مساعدة والديهم إلى حد ما على مواجهة مشكلاتهم وعلى التصرف بشكل يدعو إلى تحمل المسؤولية. إن كل ما يحدث في العلاج العقلاني الانفعالي الأسري هو القبول لأفراد الأسرة بالرغم من سلوكهم السيء، والعمل على مساعدتهم على تحسين سلوكهم وتحمل مسؤولية ذلك.

أهداف العملية العلاجية الأسرية:

تتضمن الأهداف الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي الأسري مايلي:

1. مساعدة كل أفراد الأسرة، أو معظمهم إن أمكن على إدراك أنهم السبب في اضطرابهم، وذلك لأنهم ينظرون إلى أعمال الأفراد الآخرين بجدية مطلقة، وأنهم يملكون الخيار في عدم مضايقة أنفسهم الذي يسبب الاضطراب لهم حول سلوكهم أو سلوك غيرهم مهما كان.
2. مساعدة أفراد الأسرة على الاستمرار في الاحتفاظ برغباتهم فيما بينهم، وتفضيلاتهم بما فيها رغباتهم في حب الأسرة وتحمل المسؤولية اتجاهها، ولكن أن يكونوا على إدراك ووعي لما لديهم من أفكار ومطالب حتمية اتجاه أنفسهم والآخرين من حولهم.
3. تشجيع الوالدين والأطفال على الشعور بالحزن، الندم، الإحباط، الإزعاج وأن يقرروا تغيير الأشياء عندما لا يحصلون على ما يريدون أو يحصلون على ما لا يريدونه. ولكن لا بد لهم أن يميزوا بين المشاعر السلبية الملائمة ومشاعر القلق، اليأس، العدائية، التحمل الضعيف للإحباط غير المناسب الذي قد يسبب للاضطراب لهم، وبنفس الوقت يعملون على اختزال هذه المشاعر وزيادة السابقة منها.
4. أن يكون أفراد الأسرة على تماس مباشر مع أفكارهم اللاعقلانية المطلقة (ينبغي، يجب، من المفروض) والتي تعدّ أساساً للمشاعر غير الملائمة والتصرفات التي تعبر عن الخلل الوظيفي، ويستمرون في دحض ومقاومة هذه الأفكار لتحل محلها الأفكار العقلانية المساعدة على العيش والحياة بأمان.
5. تعلّم التقنيات المعرفية، والانفعالية والسلوكية المتنوعة والتي ستكون متوفرة لهم لتمكنهم من دحض ومقاومة أفكارهم اللاعقلانية، وتشجعهم على التفكير، والشعور والسلوك بشكل ملائم ومعزز للذات.
6. عندما يغيّرون مواقفهم وأفكارهم الأساسية المولّدة للاضطراب، يبحثون عن طرائق فعالة في حل المشكلات وتغيير القضايا والمسائل العملية – الإحباط

والقلق – التي تمنعهم وتمنع أفراد الأسرة الآخرين من أن يكونوا سعداء وفعالين في حياتهم كما يريدون. وبعبارات العلاج الانفعالي عندما يعمل الأفراد على تغيير أفكارهم اللاعقلانية في B يكون الهدف بنفس الوقت هو العمل على تغيير الأحداث المنشطة A التي تساهم في نشوء الأفكار B وكذلك النتائج C المولدة للاضطراب والخلل الوظيفي.

7. الهدف ليس فقط تعلمهم كيف يتعاملون بنجاح مع الأزمات الحالية في أسرهم ويرفضون بتصميم وعناد إزعاج أنفسهم بوجود هذه الأزمات، وإنما بشكل أكثر أهمية، يجب أن يدركوا أنه بغض النظر عما سيحدث لهم أو لأفراد أسرهم في المستقبل، سيكونون قادرين على استخدام طرائق العلاج العقلاني الانفعالي ثانية، ويعملون على إنجاز الحلول المفيدة لهم ولأسرهم.

مسؤوليات العملاء Clients' Responsibilities:

يعلّم العلاج العقلاني الانفعالي العملاء، خلال العلاج وفي بقية حياتهم، أن مسؤولياتهم الأولية هي لأجلهم، وليس للمعالج، ولا للحالة العلاجية، ولا حتى لأفراد الأسرة الآخرين. حيث يتضح لهم أنه من الممكن للعلاج أن يكون الإجراء الأكثر فائدة، لكن لا يوجد هناك سبباً يدعو العملاء إلى الخضوع له، أو يجبرَهم على إتباع قواعده وتعليماته. وكذلك في بقية الأمور، "من المفضّل أن يفعلوا كذا وكذا...... وليس من الضروري".

وبنفس الوقت، يتضح لكل أفراد الأسرة – الراشدون منهم والقادرين على الاستيعاب – أنهم إذا أرادوا حقاً أن يكونوا مسؤولين اتجاه أنفسهم أولاً، واتجاه الأعضاء الآخرين من الأسرة ثانياً، فمن الأفضل أن يقبلوا ملياً هذا القرار ليفعلوا ذلك ويوجد مثل هذا القبول فقط عندما يقررون، ويعملون على تنفيذ قرارهم أن يسعوا في مساعدة أنفسهم على التغيّر وكذلك الآخرين. كما يتم إخبارهم لهم بشكل مستمر بأنه لا يوجد هناك وجبة إضافية، أي أن التصرفات المرغوبة من قبل العملاء أو من قبل الآخرين لن تحدث بشكل اتوماتيكي، ولكنها ستكون نتيجة

لتصميم قوي على التغيّر والعمل على تحقيق ذلك. وهكذا في العلاج العقلاني الانفعالي الأسري، يكون كل فرد من الأفراد الأسرة مسؤولاً عن تغيير داخله وعن محاولة تعديل الجوانب العملية للمشكلات الأسرية.

وكذلك هي الحالة في طرق الاستشارة الأسرية لـ دريكورس Dreikurs (1974) ينصح بإعطاء الأطفال فرصة التعامل مع الأسرة بشكل مباشر مع الآباء والراشدين من الأخوة، وأن يحاولوا ألا يوجهوا اللوم للآخرين عما فعلوه بأنفسهم. وكذلك الأمر مع أفراد الأسرة الراشدين يوضح لهم كيف يحددّون نشاطاتهم ضمن الأسرة ويتحملوا مسؤولية ذلك. كما يتم التأكيد باستمرار على أن هناك قدرة ضعيفة لفرد واحد من الأسرة على تغيير الآخرين ويمكن أن تشجيعه على حدوث ذلك، وأن تغيير الفرد لذاته يعتمد أساساً على مواقفه وجهوده الخاصة، وليس على الطريقة التي يعامله فيها الآخرون.

ويُعد العملاء مسؤولين عن حضورهم لجلسات العلاج الأسري، وعن أداء وإنجاز الواجبات والمهام الموكلة إليهم من المعالج. وإذا كانوا لا يرغبون بما يحدث أثناء العلاج، فقد يتم تشجيعهم على التعبير ملياً عما يشعرون به وتقديم اعتراضاتهم، كما يتم تشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم اتجاه أفراد الأسرة الآخرين، وما يرغبون به وما لا يرغبون به في نظام الأسرة. وفي الغالب يتحمل العملاء مسؤولية تغيير أنفسهم، لأنه لا يوجد هناك معالجاً قادراً على تغييرهم دون مساهمتهم هم أنفسهم. حيث يستطيعون تعديل سلوكهم أو يرفضون فعل ذلك، فلا يمكن توجيه اللوم لهم لعدم رغبتهم في التغيير. ولذلك يُوضح المعالج لهم دائماً أنهم يستطيعون ضبط انفعالاتهم، وأن لديهم الطاقة التي تساعدهم على اختيار طريقة تفكيرهم وشعورهم وسلوكهم. وفي حالة إصرارهم بعناد على الأعمال الهادمة للذات، يُوضح لهم المعالج أنهم هم أنفسهم اختاروا هذا الطريق، ولكن مازال لديهم الخيار القوي نحو التغيير.

دور وعمل المعالج Therapist`s Role and function :

إن العلاج العقلاني الانفعالي واحداً من أشكال العلاج المباشر والفعّال، وينطبق هذا الشيء على العلاج العقلاني الانفعالي الأسري، وأن المعالج هو فردٌ مدربٌ متفهمٌ، ويستوعب ما الأشياء التي تضايق البشر وأنه باستطاعتهم في العادة إيقاف ذلك وإثبات ذواتهم داخل أو خارج نطاق الأسرة. ولذلك فإنه من المتوقع للمعالجين في RET أن يكونوا حازمين دون أن يكونوا متسلطين أو دكتاتوريين؛ قادرين على بناء مناقشات قيّمة مع العملاء دون فرض قيمهم ووجهات نظرهم الخاصة عليهم، وأن يدفعوا العملاء ويشجعوهم على التفكير والعمل ضد تخريب وتدمير ميولهم.

ومن المهارات التي يُفضّل أن يتحلى بها المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي هي:

1. يستطيعون التعاطف مع تفكير العملاء ومشاعرهم، وأيضاً مع الأفكار الأساسية المولّدة للاضطراب عندهم.
2. يستطيعون مراقبة ردود فعل العملاء تجاه أفراد الأسرة الآخرين وتجاه المعالج نفسه، ويوضحون لهم كيف يمكن لهم أن يتفاعلوا مع الآخرين دون الاعتماد عليهم بما فيهم المعالج.
3. يستطيعون التوضيح للعملاء كيفية التواصل مع الآخرين داخل وخارج الجلسات العلاجية.
4. يستطيعون تعليمهم المبادئ العامة الخاصة باضطراب الذات، وكيفية تطبيقها على ذواتهم وعلى أفراد الأسرة الآخرين.
5. يستطيعون مواجهة العملاء بسلوكهم المقاوم والدفاعي، ويوضحون لهم الأفكار اللاعقلانية وراء هذا السلوك، ويقنعونهم بتغييرها وأن يصبحوا أقل مقاومة.
6. يستطيعون أحياناً أن يكونوا مدركيّن بالحدس والبديهة، مستفسرين،

محددين للواجبات والمهام تماماً كما يفعل معلم المدرسة مع تلاميذه.

7. يستطيعون كشف أنفسهم (مشاعرهم وأفكارهم) أمام العملاء مبينين لهم عدم خوفهم من ذلك بالإضافة إلى ذلك أخذ زمام المبادرة في أي عمل خلال الجلسات العلاجية.
8. يستطيعون تعليم العملاء ومن دون تردد مهارات التواصل في علاقات الحب – الزواج – الجنس، ولكن دون مبالغة في ذلك.
9. يستطيعون التركيز على تعليم أنفسهم والعملاء مهارات العلاج العقلاني الانفعالي الموجهة والفريدة مثل:

أ. الاستماع بفعالية ونشاط، للعملاء أثناء تحدثهم عن أنفسهم سواء فيما يتعلق بأفكارهم العقلانية أو غير العقلانية.

ب. التوضيح للعملاء العلاقة بين التفكير والانفعال – بين B (الأفكار) وC (النتائج).

ج. دحض ومقاومة الأفكار اللاعقلانية وتقديم واجبات منزلية تساعد العملاء على الإنجاز والاحتفاظ بالإدراك الخاطئ الذي تم تصحيحه.

التقنيات الأساسية المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي الأسري:

تتضمن التقنيات الأساسية المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي الأسري ما يلي:

أولاً: التقنيات المعرفية Cognitive Techniques:

يتم التوضيح للعملاء في العلاج العقلاني الانفعالي الأسري ما الذي يقومون به كي يكونوا سبباً في تكوين اضطراباتهم: كيف يوجد لديهم أفكار اللاعقلانية وأخرى عقلانية؛ وكيف يطلبون وجوب فعلهم بشكل حسن، بحيث يكتسبوا موافقة الآخرين لهم وخاصة أفراد الأسرة، والذي ينبغي أن يعاملوهم بحب ومودة، بالإضافة إلى أن تكون الظروف المحيطة سهلة وميسّرة. ولذلك تتم مساعدة

العملاء على استخدام الطرق المنطقية في دحض أفكارهم غير العقلانية، وفي مرحلة دحض الأفكار يُوضح للعملاء كيفية استبدال الأفكار اللاعقلانية بعبارات وأفكار عقلانية مثل عبارات "أنا بشر وغير معصوم عن الوقوع في الخطأ، ومن غير المفروض أن أتصرف بكمال". "يفعل الآخرون ما يريدون ومن غير الضروري أن يفعلوا ما أريده أنا". "لست بحاجة لكل ما أريد، ويمكن أن أكون سعيداً حتى عندما أحبط أو يتم حرماني مما أريد". كما يتم تعليم العملاء كيفية استخدام بعض المبادئ العامة لعلم المعاني والألفاظ التي نشرها ألفرد كورسيبسكي Alfred Korzybski (1933)، وكيف يقاطعون تفكيرهم وخاصة عندما يفكرون بعبارات مثل "أنا فاشل دائماً"، "لا يمكن أن أتغيّر"، "ولا أستطيع أن أنجز ما أريد". بالإضافة إلى ذلك يتم إعطائهم واجبات منزلية مثل البحث في أفكارهم المطلقة والحتمية، وملئ استمارات خاصة بمساعدة الذات. كما يتم التوضيح لهم عن بعض الطرق المعرفية مثل دحض الأفكار اللاعقلانية، والتي يمكن أن يستخدموها بأنفسهم، كما تتم مساعدتهم على تقديم الخيارات والأعمال التي يمكن أن تكون بدائل أفضل من التي يستفيدون منها أثناء العلاج. ويتم تعليمهم أيضاً بعض الأفكار والفلسفات العقلانية مثل "لا شيء مريع، فقط يمكن أن يكون مزعجاً أو غير ملائماً"، "لا يوجد هناك مكسب أو إنجاز بدون ألم". بالإضافة إلى فلسفات التحمل، المرونة، الإنسانية، والقبول غير المشروط للذات وللآخرين (Ellis,1972). كما يمكن أن يُقدّم لهم بعض النتائج السلبية لتصرفاتهم الهادمة للذات، وكيف يمكن أن يكونوا أكثر معاناةً بسبب تحملهم المنخفض للإحباط، وإصرارهم على الهروب وعدم المواجهة، فضلاً عن ذلك، يتم تعليم العملاء تقنيات أو فنيات التخيّل التي يمكن أن تساعدهم في حياتهم الزوجية والجنسية، ويتم التوضيح لهم عن كيفية استخدام طرائق الاضطراب المعرفي مثل فنية الاسترخاء لـ إدموند جاكبسون Edmund Jacbsen,1938، لكي يتحوّلوا عن قلقهم ويأسهم.

ثانياً: التقنيات الانفعالية Emotive Technique:

يُوظف العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من التقنيات الانفعالية الجيدة في العلاج والمصممة خصيصاً بهدف التوضيح للعملاء كيف يشعرون ويفكرون، ولتشجيعهم على إحداث تغيّرات فكرية أساسية. وهكذا، يستخدم المعالجون التخيل العقلاني الانفعالي لمساعدة العملاء في أن يكونوا على تماس مع مشاعرهم السيئة، مثل: الرعب، واليأس، والغيظ... وفي أن يكونوا قادرين على تغيير هذه المشاعر غير الملائمة إلى أخرى ملائمة، مثل الأسف، الانزعاج، وغيرها. كما يستخدمون طرق لعب الأدوار لمساعدة العملاء على التعبير والعمل على تغيير بعض المشاعر والتصرفات الهادمة للذات، ويوظفون تمارين مقاومة الخجل لحث العملاء على استحضار مشاعر التوتر والتخلص منها. كما يلجأ المعالجون إلى استخدام التمثيل وخاصة مع العملاء الذين يرفضون التسليم أو العمل على التخلص من بعض أفكارهم غير العقلانية. وغالباً ما يستخدمون لغةً قويةً فعالة لمساعدة العملاء في مواجهة مشكلاتهم وانفعالاتهم التي يصعب مواجهتها بالنسبة لهم. وهذا يشجع المعالجون العملاء على تكرار بعض العبارات الحساسة بطريقة انفعالية مثل: "أنا لست بحاجة لما أريد!"، "من غير المفروض عليّ أن أكون ناجحاً، ومهما كان ذلك مرغوباً بالنسبة لي"، "على البشر أن يتعاملوا بسوءٍ معي أحياناً، وأن يكون ذلك طبيعياً بالنسبة لي". كما يستخدمون أحياناً الهزل والمعاني المتناقضة وذلك لمواجهة بعض أفكار العملاء غير العقلانية، وليبيّنوا لهم مدى سخافتها. بالإضافة إلى ذلك، يعمل المعالجون على قبول العملاء بدون شروط، وبالتالي يعلّموهم كيف يقبلون أنفسهم على الرغم من تصرفاتهم البغيضة.

ثالثاً: التقنيات السلوكية Behavioral Techniques

يوجد هناك حالات استثنائية يُستخدم فيها العلاج العقلاني الانفعالي سلوكياً ومعرفياً أكثر من المعالجات السلوكية لبعض المعالجين السلوكيين أمثال جوزيف ولبه Joseph Wolpe. ومن بعض التقنيات السلوكية التي يمكن

الاستفادة منها هي:

1. إعطاء العملاء واجبات ونشاطات منزلية عملية أكثر من كونها خيالية، وتتضمن هذه الواجبات والمهام مكوث العملاء في مناخ أسري غير سار حتى يصبحوا قادرين على التفاعل معه بنجاح.
2. يمكن الاستفادة في العلاج العقلاني الانفعالي من الطرق الإجرائية الملائمة التي تساعد أفراد الأسرة على الاتفاق مع بعضهم على أداء أمر معين بشرط معين، كأن يكونوا أكثر تواصلاً وتعاوناً داخل المنزل على سبيل المثال، ويمكن للوالدين الاستفادة أيضاً من التقنيات الإجرائية السلوكية في مساعدة أطفالهم على تغيير تصرفاتهم الهادمة للذات.
3. بالإضافة إلى ذلك يمكن تعليم مهارة التدريب، كالتدريب على الحزم بشكل معرفي وآخر سلوكي، ويستخدم العلاج العقلاني الانفعالي أيضاً الأساليب الإشراطية وغير الإشراطية بشكل متكرر في العلاج الأسري بما فيها التدريب الانفعالي، والحساسية الجنسية (نحو الجنس الآخر)، والغمر. وقد يُنصح باستخدام التقنية الأخيرة (الغمر Flooding) مع بعض عملاء الأسرة، وذلك لأنها من التقنيات الفعالة التي تساعد العملاء في التغلب على الخوف المرضي (Phobia)، والأفكار والأفعال القهرية والتي قد تؤثر بشكل خطير على حياتهم الأسرية والزوجية.

إرشادات متعلقة برؤية أفراد الأسرة:

لا يوجد في العلاج العقلاني الانفعالي إرشادات خاصة لأفراد الأسرة كي يتم إتباعها والوصول من خلالها إلى علاج أسري فعّال، حيث يُفضل رؤية كل أفراد الأسرة بين الحين والآخر خلال الفترة العلاجية، لكن لا يوجد هناك قواعد وأحكام تفرض حدوث ذلك، كما يتم الأخذ بعين الاعتبار الظروف والشروط المختلفة المحيطة بالعملاء.

يوجد هناك طرقاً عديدة لرؤية أفراد الأسرة أثناء العملية العلاجية ويمكن استخدامها جميعاً في RET ومن هذه الطرائق، مايلي:

1. رؤية كل أفراد الأسرة مجتمعين في كل الجلسات.
2. رؤية أفراد الأسرة مجتمعين أحياناً، حيث يمكن رؤية واحد أو أكثر بشكل منفصل، كرؤية الفرد الأكثر اضطراباً بشكل متكرر ودائم مقارنته بغيره.
3. رؤية الزوج والزوجة، وأحياناً باقي أفراد الأسرة
4. استثناء رؤية بعض الأفراد وخاصة الشباب منهم، حيث يمكن رؤيتهم أقل من غيرهم، وإذا كانوا أطفالاً تحت سن الرابعة أو الخامسة يفضل عدم رؤيتهم كثيراً للآخرين.
5. رؤية الوالدين معاً بدون الأطفال، ورؤية الأطفال بشكل إفرادي أو مجتمعين.
6. رؤية أحدا الوالدين، ويُفضّل رؤية الوالد الآخر والأطفال معاً، لكن يكون العمل مع الوالد الذي سيأتي للعلاج، إذا كان الآخرون لا يريدون.

وهكذا، من المفضّل رؤية كل أفراد الأسرة، ومن المرغوب أن يكونوا مجتمعين. لكن لا يمكن اعتبار ما سبق قاعدة أو مبدأ في العلاج العقلاني الانفعالي، حيث يمكن أن يكون العلاج فعّالاً مع أيٍ من الطرق والجلسات السابقة.

دراسة حالة:

إن المثال مأخوذ من المرحلة الأولية للعلاج الأسري مع أب وأم وابنتهما التي يبلغ عمرها الخامسة عشرة، الأم عمرها خمسة وأربعون (45) عاماً، ربة منزل، كانت تعمل في مجال الرقص والموسيقى خلال السنوات الخمس الأولى من زواجها. أما الأب فعمره أيضاً خمسة وأربعون عاماً، يعمل في مركز للثياب. ولدى الأب والأم ولدان ذكران أحدهما في السابعة عشر من عمره والثاني في الواحد والعشرين، وهما طالبان جيدان في المدرسة، لا يعانيان من أية صعوبات. لكن الوالدين كانا في حالة اضطراب شديد بسبب ابنتهما التي تظهر نفسها دائماً بتألق وسحر، تنجح دائماً في

اختبارات الذكاء، وتعبّر عن أفكارها بوضوح في بعض المواقف لكنها لا تؤدي واجباتها المدرسية، وترفض التعاون مع أفراد الأسرة، ولا تقوم بأي عمل تعد به، تتشاجر دائماً مع أخوتها الذكور، وتسرق من الأسرة ومن الجيران، وتُظهر استيائها بطرق متنوعة. تعترف أحياناً ببعض هذه التصرفات، لكنها تقدّم الأعذار والمبررات، وتنكر أحياناً أخرى الأشياء التي يتهمها بها أفراد الأسرة.

وفي بداية الجلسة الأولى للعلاج الأسري، اعترفت الفتاة بأنها مصابة "بهوس السرقة" Kleptomaniac وذلك الذي يجعلها تسرق دون قدرة على التحكم بذاتها، لكنها لم تعترف بأنها تسرق لأجل المال، كي تشرب الكحول، أو تنتفع منه بأية طريقة. وقد أكدت هي ووالديها على أنها مرّت بسنتين جميلتين من عمرها عندما كانت في الصفين السابع والثامن، وعندما كانت في المدرسة، ولكن منذ ذلك الحين فقدت هدفها في الحياة في أن تكون محامية وسياسية، وتشعر الآن بأنها تعيش بدون أمل، وبدون هدف، ولا شيء يشجعها على العمل في المدرسة أو خارجها. كما وضحت في هذه الجلسة أنه كان لديها هدفاً في تلك السنتين وهو أنها تريد أن تكون محامية.

المعالج: نعم، تريدين أن تكوني محامية.

ليلى: وعملت لأجل ذلك.

المعالج: لكنك تخليت عن ذلك الآن؟

ليلى: نعم.

المعالج: لماذا فعلت ذلك؟

ليلى: لأنني حقاً كنت أريد أن أصبح سياسيّة.

المعالج: والآن لا تريدين أن تكوني كذلك؟

ليلى:لا، يوجد لديهم تطبيقات وأشياء سيئة.

المعالج: ولذلك لم تعودي تفكري به؟

ليلى: نعم، لا يوجد لدي أي هدف.

المعالج: أنت على حق، إذا كان لديك هدف في الحياة، بحيث يجلب لك السعادة ويبعد عنك المصاعب. لكن بما أنك ما عدت ترغبين في أن تكوني سياسية، ما الذي منعك من الاتجاه نحو هدف آخر لإنجازه.

ليلى: حسناً، عادةً اختار هدفاً واحداً ولا أفكر بشيء آخر.

المعالج: حسناً، بإمكانك اختيار المحاماة بدلاً من السياسة، ويوجد هناك أشياء أخرى كثيرة بإمكانك اختيارها وإنجازها، هل تظنين أنك قادرة حقاً على تحقيق ما ترغبين فعله.

ليلى: على الأغلب نعم.

المعالج: من الأفضّل أن تولي اهتماماً أكثر بذلك، فعندما يتخلى الأشخاص المتألقين مثلك عن أهدافهم، فإنهم يشعرون بأنهم غير قادرين على النجاح في إنجاز تلك الأهداف، وهذا يقود إلى وضعك ضمن تلك المجموعة.

ليلى: ربما.

إن افتراضات المعالج عن حالة ليلى هي، أنها ذات تحمل منخفض (متدنِ) للإحباط، وترفض القيام ببعض الأمور مثل ضبط ذاتها المضطربة، ولديها مشاعر شديدة بالعجز وعدم الكفاءة، والتي تمنعها من إنجاز أي شيء كان، وتشجعها على التهرب من أداء المهام التي تظن بأنها لا تستطيع إنجازها بشكل جيد. لذلك حاول المعالج أن يحصل من الفتاة على معلومات تدعم افتراضاته، وقد نجح جزئياً بذلك، لكن الطريقة التي أجابت بها ليلى على أسئلته وعلى عبارات والديها الذين كانا موجودين خلال جلسة العلاج، قادت المعالج إلى الاعتقاد بوجود إثبات ودليل معبّر عن افتراضاته.

المعالج: هل ترغبين في البقاء بهذا القلق الذي أنت عليه مع والديك، في مدرستك، ومع أخويك؟.

ليلى: لا.

المعالج: حسب رأيك، لماذا تسرقين؟.

ليلى: لأنني لا أستطيع ضبط نفسي.

المعالج: إنه لافتراض غريب! لديك صعوبة في ضبط نفسكِ، لكن ذلك لا يعني أنك لا تستطيعين بفرض أنه في كل مرةٍ سرقتِ فيها فقدتِ عصب إحدى أصابعك، كما تظنين أنك ستستمرين في السرقة.

ليلى: تتمتم شيئاً مثل «عدة مرات».

المعالج: عدة مرات. إنه لاعتقاد قوي. لكن هذا ليس صحيحاً. فمن المحتمل ألا تفعلي. فقد يكون لديك دافعٌ قويٌ نحو السرقة، لكن من غير المفروض عليك أن تستسلمي لدوافعك، وكما عرفتُ عنك أنك لم تفعلي أشياءً هادمةً لذاتك في سنتين من عمرك، كما كنت جيدة في المدرسة والمنزل، ولم تسرقي أبداً. ألا تظنين بأنك قادرة على ضبط ذاتك.

ليلى: نعم، إلى حدٍ ما.

المعالج: نعم، لقد كنت طوال السنتين فتاة جيدة وقادرة على ضبط ذاتها وتصرفاتها لحدٍ ما.

ليلى: لأنه كان لدي هدف، وكنت أسعى إلى تحقيقه.

المعالج: نعم، شيء جميل، إذا كان لديك هدف فسوف توظفين كل طاقاتك في ذلك الاتجاه. وبالتالي لن تستخدمي تلك الطاقات في الاتجاه المعاكس الهادم للذات.

وبالرغم من أن الوقت مبكر جداً ليحاول المعالج التوضيح لليلى ووالديها – بعبارات العلاج العقلاني الانفعالي – بأن الأحداث المنشطة A لا تسبب النتائج الانفعالية C، لكن الأفكار اللاعقلانية B عن هذه الأحداث هي السبب في تلك النتائج. لذلك حاول المعالج مساعدة ليلى على الإدراك تماماً قبل أن تنصاع لدوافعها نحو السرقة بأن تخبر نفسها شيئاً ما. إن الأفكار هي العامل المساهم في نتائجها المختلة وظيفياً.

ليلى: أريده.

المعالج: أتعنين، «أريد المال الذي آخذه»؟.

الأم: أظن بأن ما تريده هو أن تشتري بالمال كحول أو مخدرات.

المعالج: ربما، لكن دعينا نفهم منها، أنت تقولين بأنك تريدين المال، أليس كذلك؟.

ليلى: نعم.

المعالج: لكن، إذا توقفت عند هذا الاعتقاد "أريد المال" فمن المحتمل ألا تسرقي، هل تعلمين لماذا؟.

ليلى: لأنني سأدرك بأنه سيقبض علي، وأنا لا أرغب في أن يقبض علي وأنا أسرق.

المعالج: صحيح! عندما يكون لدينا رغبة أو أمنية ما، نبحث في نتائج الوصول إليها. وفي الغالب نرفضها، ولهذا فأنت تقولين ما هو أقوى من رغبتك بالمال هل تعلمين ما قد يكون الاعتقاد الأقوى؟

ليلى: لا، أوه، ربما، «أحتاجه».

المعالج: صح! "أحتاجه" أحتاج المال ذلك ما أريده! "يجب أن أحصل عليه لأنني أريده" وإن كلمة حاجة Need وكلمة يجب Must هو ما يدفعك للسرقة، حتى لو كنت تعرفين بأنه سيقبض عليك وستعانين كثيراً، لكن هل كل من الكلمتين السابقتين صحيح؟، هل يجب أن تحصلي على المال؟ أو هل من المفروض أن تحصلي على ما تريدين من المال مثل الكحول والمخدرات؟

ليلى: لا.

المعالج: حسناً! لا! لكن إذا استمريت في الإلحاح على أنه يجب أن تحصلي على المال أو على شيء آخر، فسوف تشعرين ليس فقط بالاضطراب وإنما بشيء من الفزع. وعندما تشعرين بالاضطراب أو عدم الارتياح فسوف تتحولين إلى

إصرار من نوع آخر وهو، "يجب ألا أشعر بالاضطراب"، "لا أستطيع تحمل هذا الوضع من عدم الحصول على ما أريد"، أليس هذا ما ترددين قوله؟.

ليلى: نعم، لا أستطيع التحمل، لا أستطيع.

المعالج: توقفي قليلاً عن ذلك! أحقاً لا تستطيعين التحمل؟ هل تستطيعين تحمل القلق الناتج عن الإحباط وعن عدم حصولك على ما تريدين؟

ليلى: لا أحب ذلك.

المعالج: حسناً! لا تتقيدي بعبارة "لا أحب ذلك"، إذا فعلت ذلك سأسمعك تقولين لأنني لا أحب ذلك، لا أستطيع تحمل ذلك! فظيعٌ ألا أحصل عليه!

ليلى: لكنني في الحقيقة أريده.

المعالج: نعم، طبعاً. لكن ليس رغبتك ما يدفعك للسرقة، بل موقفك واتجاهك الأساسي "يجب أن أحصل على ما أريد". ويدعى هذا الموقف بالتحمل المنخفض للإحباط. لأنك ترددين دائماً. "يجب أن أحصل على ما أريد حالاً"، "لا أستطيع تحمل الإحباط والحرمان". أليس ذلك ما يدور في رأسك.؟.

ليلى: نعم، لا أستطيع تحمل ذلك.

المعالج: حسناً، بالقدر الذي تلتزمين فيه بتلك الفكرة "أحتاج بشكل حتمي لما أرغب ولا أستطيع تحمل عدم الحصول عليه" فسوف تنقادين وتنصاعين لها ستسرقين، ستتشاجرين مع عائلتك، ستكسرين الأشياء من حولك، وستفعلين الأمور التي تسبب لك الإزعاج، القلق والاضطراب. ولكن إن حاولت استبدال هذه الفكرة بـ "أريد ما أرغب به وأحاول الحصول عليه، لكن إذا لم يتحقق الآن فلا هم! لا أحتاج كل شيء أريده في الحال"، لكنك تقولين بالقدر الذي أشعر به أنا أحتاجه بشدة.

ليلى: حسناً ربما أنا أفعل هذا لأنني أهرب.

المعالج: تهربين من ماذا؟ هل تعنين الهروب من مشاعر العجز؟ أو الشعور بعدم القدرة على الحصول على الأشياء التي تظنين أنك بحاجة إليها؟.

ليلى: قد يكون هذا واحداً من الأسباب.

المعالج: دعينا نتحدث عن مشاعر النقص أو العجز، ما هي هذه المشاعر، هل تريدين الإجابة عن هذا السؤال أمام والديك؟.

ليلى: لا يهم.

المعالج: حسناً، ما هي الأشياء التي تشعرين معها بأنك أقل من الآخرين؟.

ليلى: أنا مضطربة، لا أستطيع معرفة الهدف من ذلك، لا أدرك كيفية التفاعل مع مشكلات محددة.

المعالج: مثل ماذا؟.

ليلى: مثل بعض المشكلات الأسرية، كما لا أستطيع التفاعل مع الآخرين، على الرغم من أنني أحبهم لكني لا أفهمهم

المعالج: هل تظنين أنه من المفروض ومن الواجب عليك فهمهم واستيعابهم؟

ليلى: نعم، هذا ما أحاول تحقيقه بالسمو والارتفاع.

المعالج: إذاً، هل تلومين نفسك لعدم تحقيق ذلك.؟.

ليلى: نعم، أحياناً.

المعالج: حسناً، دعينا نفترض أن الارتفاع والسمو لن يحل المشكلة ويجعلك تفهمين الآخرين، إذاً يوجد هناك خطأ ما. دعينا نفترض جدلاً أنك لست على ذلك القدر الجيد من استيعاب الآخرين والتوافق معهم. لماذا تقللين من قيمتك جراء مثل هذه الأخطاء والنواقص؟

ليلى: لأنني أعلم بأن ذلك ليس صحيحاً.

المعالج: نعم، دعينا نفترض ذلك، أنك تقومين بفعلٍ خاطئ، فكيف يمكن لذلك الخطأ أن يجعل منك دودةً، فقط لأنه سلوك خاطئ؟.

ليلى: تصمت.

المعالج: افترضي بأن والدك أو والدتك قد ارتكبا خطأً ما، فهل تعتبرهما وضيعان لارتكاب ذلك الخطأ؟.

ليلى: لا.

المعالج: إذاً لماذا أنتِ.

ليلى: لأنني غير راضية عن نفسي.

المعالج: لكنك لستِ كذلك! إنما هو تفكيرك القاصر! ذلك ما ندعوه نحن المبالغة في تعميم الأمور. فإذا استطعنا مساعدتك على التخلي عن ذلك النوع من التفكير غير العقلاني، وجعلناك تقبلين ذاتك كما هي، مع أخطائها عندها تستطيعين الرجوع إلى نفسك وتصححين أخطاءك. لكن إذا استمريت في التقليل من شأن ذاتك ووصفتها بالوضاعة لتصرفها الخاطئ، فليكن هناك حلاً لمشكلتك! كما أن مشاعر النقص لا تأتي من مجرد الوقوع في خطأ ما، وإنما تأتي من إدانة الذات على فعل وارتكاب ذلك الخطأ — ووضعها في الجحيم بعد ذلك تصبح الأمور أسوء وأكثر تعقيداً.

ليلى: نعم، هي كذلك.

المعالج: هل تدركين حقاً كل ما يجري هنا؟ في البداية تتصرفين بسوء — أو تظنين بأنك ستتصرفين بسوء — بعد ذلك تقللين من شأن ذاتك. تشعرين بأنك شخص غير كفؤ. بعد ذلك تتجهين لشيء آخر مثل الشرب لتشعري بالاسترخاء. لكن فورما تشعرين بالاضطراب بسبب الكحول أو المخدرات الذي اختلست من أجله. بعد ذلك تؤنبين ذاتكِ وتدخلين في حلقة مفرغة من إدانة الذات.

ليلى: أخمّن أنني أفعل ذلك. أفكر دائماً بأنني شخص غير جيد. وتبدأ الأمور بالسوء.

المعالج: حسناً.

ليلى: كيف أستطيع إيقاف ذلك؟

المعالج: الحل الأمثل هو أن تدركي بوضوح ما قلته سابقاً. بأن بعض أفعالك سيئ أو مهدم للذات، لكنك لستِ سيئة كشخص بسبب تلك الأفعال. فإذا استطعت مساعدتك على القبول التام لذاتك على الرغم من أخطائك. بعد ذلك ستتم مساعدتك على العمل لتحسين وتخطي تلك الأخطاء. وسوف تستطيعين تغيير معظم أفعالك. وأظن أنك قادرة على ذلك إذا لم تعملي على إضاعة وقتك وطاقتك، وإدانة ذاتك.

ليلى: أنا أشعر بالسوء، بعد ذلك أستمر بتكرار، آه، سلوك ناقص ضعيف.

المعالج: حسناً ! بقدر ما تلومي ذاتك وتوجهي لها الإدانة على السلوك السيء، بقدر ما تفقدي ثقتك بقدرتك على تصحيح ذلك السلوك.

ليلى: (تبتسم) الدودة لا تستطيع أن تكون فراشة.

المعالج: تماماً!

ليلى: كيف يمكن أن أتوقف عن إدانة ذاتي.؟.

المعالج: عن طريق التخلي عن الأفكار المطلقة الأساسية، أي كل الأفكار التي تقوم على أساس (ينبغي – يجب – من المفروض) واستبدالها بأفكار تقوم على التفضيلات والأفكار النسبية Prefer.

ليلى: أدرك تماماً ما تقول، لكن كيف يمكن أن أحتفظ بذلك الإدراك والاعتقاد به.؟

المعالج: بالعمل الجدي! بدوام التفكير بما تخاطبين به نفسك، وبما تفعلين. وأيضاً بتغيير المطالب الحتمية إلى تفضيلات ورغبات.

وهكذا رأينا أن المعالج قد حصل على المعلومات اللازمة للعلاج دون معرفة الكثير عن ليلى ووالديها – بأن لديها أفكار غير عقلانية – وبدأ مباشرةً على مواجهة هذه الأفكار غير الواقعية وغير العقلانية، ثم حاول التوضيح للفتاة بأنها تستطيع دحض هذه الأفكار بنفسها. وكما تحدث إليها، عمد إلى التفسير لوالديها بأنهم أيضاً يعانون من وجود الوجوبيات Musts حول وضع ابنتهما ليلى، وأنهما يطلبان بشكل غير واقعي وجوب تصرف ابنتهما بشكل جيد ويضطربون في حال عدم حدوث ذلك.

ولذلك عمد المعالج إلى دحض أفكار ليلى اللاعقلانية أمام والديها، مع الإشارة أحياناً حال الوالدين المماثل. ومع اقتراب نهاية الجلسة تحدث المعالج إلى ليلى ووالديها.

المعالج: إذا كان باستطاعتي مساعدتكم في التغلب على أفكاركم الحتمية Musts. فسوف تصبحون قادرين على الشعور والتصرف بشكل أفضل، وبذلك من المحتمل أن تحصلوا على أكثر رغباتكم وأقل مما لا ترغبون به. ولكن لن تحصلوا على كل شيء تريدونه. (يوجه الحديث الآن للوالدين)، لديها رغبات عادية، لكنها تفكر بشكل مطلق "يجب علي، من المفروض أن أكون، ينبغي أن أفعل".

الآن إذا استطعت جعلتكما مع ابنتكم تبحثون في أفكاركم عن الينبغيات، وإذا استطعت إقناعكم على معالجة هذه الأفكار والتخلي عنها، فسوف تستطيعون تخليص أنفسكم من الاضطراب، وحل المشكلات التي تعترض سعادتكم وحياتكم كأسرة واحدة.

يخاطب المعالج الفتاة ليلى قائلاً: إذا استطعت أيضاً مساعدتك على ذلك فسوف تكونين قادرة على العيش بسعادة مع والديك وأخويك، لكن ما هو متوقع منكِ فعله هو التخلي عن رغباتك التي تحكمها الحتميات والأفكار المطلقة "يجب

أن أفعل هذا وذاك، وإذا لم أنجح سيئ مريع" بعد ذلك تشعرين باليأس والقلق وتلومين ذاتك وتدخلين في حلقة مفرغة من المشاعر الهادمة للذات. بعد ذلك أنهى المعالج الجلسة بإعطاء الوالدين والفتاة مهمة وهي قراءة مجموعة من الكراسات في العلاج العقلاني الانفعالي.

بعد ذلك حددوا موعداً آخر للأسبوع التالي، وطلب إليهم ملاحظة الأوقات التي يشعروا فيها بالاضطراب خلال ذلك الأسبوع، وخاصة بين بعضهم البعض ضمن إطار الأسرة. الإضافة للبحث في الحتميات التي تسبب لهم ذلك الاضطراب وسواء نجحوا أو فشلوا في ذلك، فسوف تتم مساعدتهم خلال الجلسة العلاجية التالية على ذلك.

وبعد الجلسة الأولى للعلاج، تمت رؤية الفتاة ووالديها مرةً كل أسبوع على مدى ستة عشر أسبوعاً، وكانت تتم رؤية ليلى في جلسات فردية، وعادة كان يحضر أحد والديها أو كلاهما لمدة نصف ساعة، ونصف الساعة الأخرى كانت لوحدها. وفي أوقات متفرقة كانت تتم رؤية الوالدين لوحدهما لمعالجة توترهما وغضبهما ومشاعر الاضطراب الأخرى حول سلوك ابنتهما السيء، وحول مشكلاتهما الخاصة مع بعضهما ومع الآخرين (خاصة مشكلات الأب التي يواجهها مع رفاقه في العمل، ومشكلات الأم مع رفيقاتها). بالإضافة إلى ما سبق، فضّل المعالج رؤية الأخوين خلال بعض الجلسات العلاجية لكن الوالدين اعترضا على ذلك مدعين أن ولديهما لا يعانيان من أية اضطرابات، بل على العكس قد يتضررا بحضورهم الجلسات العلاجية، كما اعترض الولدان على المشاركة في العلاج، لكن في ظروف مألوفة قد تتم رؤية الأخوين مع باقي أفراد الأسرة.

ومن الفنيات التي استخدمت مع ليلى ووالديها أثناء جلسات العلاج العقلاني الانفعالي الأسري ما يلي:

الأساليب المعرفية Cognitive Methods:

في أي وقت كانت تظهر فيه ليلى ووالديها أية مشاعر من القلق، اليأس، الغضب، أو الإشفاق على الذات، أو عندما كانت ليلى في حالة مستمرة من النفور الاجتماعي والأسري، وأيضاً عندما فشلت في إقناع ذاتها في الذهاب إلى مقابلات العمل، كان يتم التوضيح لهم عن نموذج ABC في العلاج العقلاني الانفعالي: وذلك بأن عواقبهم الانفعالية ليست نتيجة للأحداث المنشطة، بل نتيجة لمعتقداتهم وأفكارهم اللاعقلانية حول هذه الأحداث، لذلك كان من المهم لهم التعرف بشكل مباشر على أفكارهم المطلقة الحتمية، وتعلّم كيفية دحض هذه الأفكار باستخدام الطرق المنطقية التجريبية. حيث تم تكليفهم بمهمة معرفية وهي ملئ استمارة مساعدة الذات المصممة والمطبوعة في جمعية العلاج العقلاني الانفعالي، كما تمت مناقشتها وتصحيحها من قبل المعالج. وقد لاحظنا فيما سبق أنه تم تكليفهم بقراءة بعض الكتب في RET وخاصة دليلاً جديداً للعيش العقلاني New Guide to Rational Living. وكيف تعيش مع العصابيين والتغلب على المماطلة Avercoming Procrastionation بالإضافة إلى ذلك تم تشجيعهم على الاستماع إلى بعض الأشرطة المسجلة التي توزعها الجمعية كيف ترفض بعناد أن تكون خجولاً من أي شيء. حل المشكلات العاطفية: Salving Emotional Problems قهر التحمل المنخفض للإحباط Conquering low Frustration Tolerance

كما شاركت ليلى ووالديها في ورش العمل لمدة أربع ساعات كل مرة والتي كانت مخصصة للعلاقات بين الأهل والأولاد، وللتغلب على اليأس. وبشكل معرفي، أيضاً قُدِّمت النصائح والمقترحات لأفراد هذه الأسرة وخاصة ليلى عن كيفية حل المشكلات التي تصادفهم مثلاً (كيف تستطيع ليلى الاحتفاظ بالعمل على الرغم من سمعتها غير الحسنة في المجتمع وسجّلها غير الجيد في ذلك الوقت). كما شرح

المعالج لهم كيف يدونون ويركزون على المضمار التي تسببها تصرفاتهم المعارضة دائماً. وعلّمهم بعض المبادئ الخاصة بعلم الألفاظ والمعاني والمتعلقة بعبارات التضخيم والمبالغة والتعميم. كما جعلهم يدركون مقاصدهم وانفعالاتهم الخاطئة اتجاه الآخرين، مثلاً كانت ليلى تفكر دائماً بأن والديها ضدها عندما كانوا يحاولون إقناعها بضبط ذاتها، ويعملون على مقاومتها، ثم وضّح لهم كيفية استخدام الطرق المعرفية المريحة للذهن مثل طرق الاسترخاء التصاعدي، عندما كانوا يرغبون بتهدئة أنفسهم وبالتغلب على الأرق. كما كان المعالج يستعمل أحياناً الهزل والعبارات ذات المعنى المتناقض – مثلاً حاول أن يجعل ليلى تفشل بشكل مقصود في أداء مهام محددة، لتثبت لذاتها بأن العالم لا ينتهي عند فشل معين، ثم حاول مساعدتها على إدراك الجانب من اتخاذها للأمور بشكل جدي جداً، وإدانة ذاتها بسبب سلوك سيئ، وفضلاً عن ذلك كله كان يتم تعليم ليلى ووالديها باستمرار كيفية قبول ذاتهم دون شروط، والتوقف عن إدانتها لأي سببٍ كان.

الأساليب الانفعالية Emotive Methods:

بشكل انفعالي، حاول المعالج مراراً أن يوضح لـ ليلى مواقفها غير المسؤولة اتجاه نفسها والآخرين من حولها. ولم يفسح لها المجال للاستهانة بقدرتها وذكائها ضمن هذا الاعتبار. فقد جعلها تدرك دائماً قبوله لها كمخلوق بشري غير معصوم عن الوقوع في الخطأ، وثقته بها وبقدرتها على التغير إن أرادت ذلك. كما كلفها ببعض الواجبات والمهام: كأن تقوم بعملية التخيل العقلاني الانفعالي: فتتخّيل أنها حقيقة قد تصرفّت بشكل سيئ جداً، في العمل أو في الحياة الاجتماعية، واحتقرها الآخرون على ذلك السلوك، ثم تشعر فقط بالأسف والخيبة بدلاً من اليأس واحتقار الذات. ثم استعمل معها تقنية لعب الأدوار وكذلك مع والديها، وجعلها تعترف وتقر أمامهم ببعض الأشياء التي لم تخبرهم بها أبداً، مما جعلها تشعر بالخجل، بعد ذلك أصرّت على العمل بجد للتغلب على هذه المشاعر، وعلى معالجة الاستجابات المرافقة لها. ولذلك كلفّها المعالج بواجبات ومهام خارج نطاق الجلسة، كأن تقوم بفعل أشياء مخجلة – كأن ترتدي ملابس فضفاضة جداً –

وتعمل على ألا تشعر بالارتباك والخزي لفعل ذلك. كما طلب منها أن تكتب بعض العبارات العقلانية – مثل «لست بحاجة إلى الرضا المؤقت، مهما بلغت رغبتي لذلك» وتقوم بترديدها بحيوية من 10– 20 مرة في اليوم. أما مع والدي ليلى فقد تعمّد المعالج استعمال اللغة غير الرسمية (كلمات تافهة) معهم، وذلك لمساعدتهم على إدراك إمكانية استخدام هذه اللغة حتى من قبلهم. كما استخدم طريقة جورج كيلي George Kelly (1955) التي تعتمد على التمثيل. فقد طلب المعالج من ليلى ووالديها كتابة مواصفات الأشخاص الذين يرغبون أن يكونوا مثلهم، ثم يقوموا بتمثيل ما كتبوه وهكذا عدة مرات حتى تصبح تصرفاتهم اعتيادية.

الأساليب السلوكية Behavioral Methods:

استخدم المعالج العديد من الطرق السلوكية بشكل خاص مع ليلى، وعلّم والديها كيفية استخدام هذه الطرق مع ابنتهم. فكلما قضت ساعتين على الأقل أسبوعياً في البحث عن عمل، يسمحان لها بالذهاب أو الخروج مع أصدقائها أو بأن تفعل أشياء أخرى تحبّها. وبالمقابل كلّما سرقت أو كذبت، يحجزانها في غرفتها لعدة ساعات. وأيضاً كلما كان والداها يوجّهان لها النقد بغضب وعنفٍ، يتوجب عليها الإحجام عن الاتصال بأصدقائهما حتى لو عن طريق المكالمات الهاتفية. لقد أثبتت هذه الطريقة (الثواب والعقاب) نفعها إلى حد ما، ما دامت تُنفّذ. لقد تم تكليف ليلى بأنواع مختلفة من المهام، بما فيها البحث عن عمل، أداء أعمال مختلفة مع الأسرة، والتصّرف بشكل تعاوني بدلاً من الاشمئزاز مع أخوتها وأقاربها. وقد قامت بتنفيذ ذلك، واكتشفت مقدرتها على ضبط ذاتها، وبذلك تكون قد حصلت على فائدة كبيرة.

بعد نهاية الستة عشر أسبوعاً من العلاج العقلاني الانفعالي الأسري، كانت ليلى تقوم بواجباتها المدرسية بانتظام، كما أقلعت عن السرقة، وأصبحت علاقتها جيدة بأفراد عائلتها. والأفضل من ذلك أنها أصبحت قادرة على قبول ذاتها

أكثر مما سبق حتى في لحظات الفشل. كما أدى ذلك لأن يصبح والداها أقل غضباً من ناحيتها حتى عندما تقع في الخطأ..

وبالرغم من أن العلاج الأسري لم يركز كثيراً على العلاقة بين أفراد الأسرة، إلا أنهم استخدموا بعض أفكارهم العقلانية بشكل طوعي وبدؤوا يشعرون بارتياح في التعامل فيما بينهم. بالإضافة إلى ذلك، فقد تحسنت الحياة الجنسية للوالدين، على الرغم من المناقشات القليلة التي تمت حول هذا الموضوع في جلسات العلاج. كما استطاعوا بشكل خاص استيعاب ابنتهم وقبولها بأخطائها. لقد عاود الوالد إلى العلاج حوالي السنة والنصف، وذلك لأنه كان يهمل أو يتجنب القيام ببعض أعمال المكتب ويحتقر ذاته لفعل ذلك، وبسبب هذا التواصل مع الأسرة استطاع المعالج التأكد من التحسن الملحوظ لـ Debbie من خلال علاقاتها الجيدة مع الأسرة والنتائج العملية التي أنجزتها.

وفي النهاية، ما تمت ملاحظته سابقاً، يعد هذا العلاج علاجاً فعّالاً لما سُجّل له من خلال البحث والإثبات على فرضياته. ويوجد هناك دراسات عديدة عن هذا العلاج وخاصة في مجال العلاج الأسري والزواجي. لكن البحث مازال في إطاره النظري. كما أثبت هذا العلاج فعّاليته مع العملاء بشكل فردي أو مشترك، وخاصة في حالات قبل الزواج، وأثناء الزواج، والطلاق. وهكذا، يعد العلاج العقلاني علاجاً فعّالاً بكل أشكاله، وقد بيّن التحليل للعلاج العقلاني الانفعالي الأسري مدى فعّالية هذا العلاج، وذلك استناداً إلى مجموعة من التجارب، وأن النتائج العلاجية التي يتوصل إليها أفضل من نتائج مدارس أخرى للعلاج الأسري.

الفصل السابع



العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي

الفصل السابع

العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي

Group Therapy

- أهداف العلاج الجماعي.
- الجوانب الاجتماعية للعلاج RET الجماعي.
- الأساليب المستخدمة في العلاج RET الجماعي.
- حدود العلاج RET الجماعي.
- اعتبارات أخلاقية.
- مثال لجلسة علاج جماعي.

العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي
Group Therapy

مقدمة:

ثمة بعض الممارسات الإرشادية الجماعية منذ القدم، ولكن شأنها في ذلك شأن الإرشاد الفردي الذي لم يحظ بالاهتمام والتنظيم إلاّ في القرنين الماضيين، لذلك يعد "هيرسي" Hersey أول عالم اهتم اهتماماً بالغاً بموضوع الإرشاد الجماعي عام 1905، حيث اكتشف تأثير الجماعة في تعديل السلوك الفردي عند جمع مرضاه المصابين بالسل، وذلك من أجل تعليمهم وتدريبهم على المبادئ الصحية العامة، والعادات السلوكية المناسبة لهم، حيث رأى هيرسي أن الألفة التي نشأت بين أفراد المجموعة أثراً كبيراً في تقبل الأفراد وتفاعلهم مع بعضهم بعضاً.

وقد ظهرت عبارة الإرشاد الجماعي بالمفهوم النفسي لأول مرة على يد سيجموند فرويد Frued وأدلر Adler وونـدر wender وبوروBurrow "مورينو" Moreno,1931 وغيرهم من العلماء الذين جاءوا بعدهم. فهذا مورينوا الذي يعد أول العلماء الذين أسس أول مجلة في العلاج الجماعي عام 1931، وقد كتب عن هذا الأسلوب في العلاج بالقول:إنه يعبر عن طريقة لإعادة تسكين الأفراد في جماعات جديدة، وفقاً للتقسيم السوسيومتري الذي ابتدعه، وقال يمكن تحسين الأحوال الاجتماعية تلقائياً نتيجة لتفاعلات بين أعضاء الجماعة، كما أن الإرشاد الجماعي هو أسلوب يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار أو المهام وبين تكنيك الإرشاد التلقائي المباشر (جمل الليل،2001، 7). وقد كان لسلافسون أثر كبير في تطوير العلاج النفسي الجماعي، حيث قام بتأسيس الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الجماعي عام (1943)، وتم انتخابه أول رئيس تحرير للمجلة التي أصدرتها هذه الجمعية، وكان من بين أنشطة الجمعية أن أصدرت رخصاً يحق لحاملها ممارسة العلاج النفسي بصورة رسمية، وذلك عام (1968).

ويمكن النظر من الأساس الذي يستند إليه العلاج الجماعي أن الفرد كائن اجتماعي يهتمُّ في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما يهتمُّ بالتفاعل الاجتماعي الذي تحدده القيم والمعايير والاتجاهات المكتسبة، والنابعة من المجتمع الذي يعيش فيه الفرد. والفرد يُعدِّل سلوكه أو يغيره كرد فعل لموقف الجماعة التي تحيط به، إلاّ أنَّه أحياناً يصعب عليه تحقيق توافقه وتعديل سلوكه، ويحتاج إلى من يقف بجانبه لمساعدته بهدف حلِّ المشكلات التي تواجهه وذلك من خلال اكتشاف ذاته والتبصر بها ومعرفة جوانب القوة والضعف.

والإرشاد الجماعي عملية تفاعل المرشد ومجموعة من الأعضاء الذين يحاولون التعبير عن أنفسهم وموقفهم أثناء الجلسة الإرشادية بهدف تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم. وقد عرف "جازدا" الإرشاد الجمعي بأنه عملية تفاعل ديناميكية موجهة نحو تغيير التفكير والسلوك على مستوى الشعور أو الوعي، وهو متضمن لوظائف العلاج الاختياري عن طريق التوجه نحو الواقع والتنفيس، والثقة المتبادلة والاهتمام والتقبل والدعم. وتتحقق وظيفة الإرشاد الجماعي في مجموعة صغيرة ذات اهتمام شخصي مشترك يتم التفاعل بينها بما يزيد من درجة تفهمهم وتقبلهم للقيم والأهداف التي يؤمن بها مجتمعهم والتي تعمل على تعديل اتجاهات وسلوك كل مسترشد من أعضاء الجماعة الإرشادية.

هناك بعض التداخل في التعريفات التي أطلقت على كل من الإرشاد الجماعي والعلاج الجماعي، فبعضهم أطلق على الإرشاد الجماعي الإرشاد النفسي، في حين أن بعضهم الآخر أطلق عليه المفهوم نفسه" العلاج الجماعي.

وقد عرف كل من بيرق ولاندرث Berg and Landreth,1979 الإرشاد الجماعي بأنه عملية دينامية ذات علاقة شخصية متبادلة بين المشتركين في العمل الإرشادي تكونت نتيجة المشاعر والسلوكيات الصادرة من كل فرد في المجموعة.

ويعرف "ابراهام"Abraham الإرشاد الجماعي بأنه عملية من عمليات الجماعة يقودها شخص لا تظهر عليه قرائن مرضية ليصلح من مشكلات أعضاء الجماعة في علاقتهم ببعضهم بعضاً وبالمجتمع.

ويعرف الإرشاد الجماعي بشكل عام: بأنه أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي تجمعي، ويقودها قائد متمرس (مرشد أو معالج). وتهدف تلك الجماعة إلى أحداث تحسين عاجل في اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة. وتحدث تلك التغيرات نتيجة لتفاعلات محدودة ومحكومة داخل الجماعة. ونقصد بعبارة تنظيم رسمي أنه ليس عارضاً أو جاء بالصدفة، وليس نتيجة لنشاط سابق، أو أنه نشاط أساسي في حد ذاته. ومهما مارس الفرد من أنشطة كالقراءة أو العمل الصالح وما إلى ذلك فلن يكون إرشاداً فردياً أو جمعياً ما لم تندرج هذه العمليات في إطار واضح ومحدد يهدف إلى الإرشاد أو العلاج. أما العنصر الآخر في هذا التعريف فهو القيادة إذ أن الجماعة الإرشادية تستلزم مجهوداً شاقاً ومعقداً يتطلب قيادة حكيمة بارعة من قائد مهني متخصص. ومن بين كافة التغيرات التي تعمل في الجلسة الإرشادية تكون كفاءة المرشد هي العنصر الأكثر ارتباطاً بنجاح الجماعة في تحقيق أهدافها، فالمرشد الماهر يستطيع تيسير عمليات الجماعة ويعاون في توصيل ثمرة عمل الجماعة ليستفيد منها كل عضو. أما المرشد غير المدرب أو الذي لا يلتزم بالقيم الأخلاقية فقد يعوق عمليات الجماعة بل يؤدي إلى ضررها من خلال الأنشطة غير الملائمة أو التوقيت غير المناسب.

لذلك، فقد لاحظ معظم المؤرخين لحركة العلاج الجمعي أنَّ بدايتها اتسمت بعدم الوضوح فيما يتعلق بالتعريف، فيلاحظ "كورسيني" (1957) Corsini أنَّ الكثير من الكُتاب يشعرون بأنَّ عبارة العلاج النفسي الجماعي عبارة غامضة، ولا يمكن تعريفها تعريفاً بسيطاً وشاملاً، بينما يقول "رينوفييه" إن العلاج الجماعي هو عبارة تضم تحت عبارتها أساليب مختلفة وغالباً ما تكون متناقضة. إلاّ أنَّ هذه الإشكالات بشأن التعريف الواحد المشترك للعلاج الجماعي إنما يرجع إلى وجود عدد كبير من الإجراءات والأساليب المستخدمة فيه والقائمة على أساس

نظريات وفلسفات متنوعة وذات أهداف مختلفة، ووفق شدة المشكلة التي يواجهها المستفيدون من هذا النوع من العلاج.

أهداف الإرشاد الجماعي:

يهدف الإرشاد الجماعي إلى تحقيق نتائج مرغوبة. ولكن بطبيعة الحال لا يمكن ضمان هذه النتيجة، كما لا يملك وضع معايير مطلقة للنجاح. وعوضاً عن ذلك يحدد كل عضو ما هو النجاح بالنسبة إليه، وذلك من خلال الضغوط الاجتماعية التي يمارسها الآخرون من الذين لهم مكانة في حياته والمناقشة مع المرشد. ويطلق على هذا الاتفاق المتبادل تعبير "العقد" ويعني هذا أن المريض أو المسترشد يوافق على إتباع إجراءات الجماعة، وأن يعمل على حل المشكلات بطريقة محددة، ويتعهد المرشد بأن يعمل بالطريقة التي يعتقد أنها تساعد المسترشد على تحقيق تلك الأهداف. وتتحدد كمية التغيير ونوعه بالاتفاق المتبادل. ويمكن تعديل ذلك برضا الطرفين، كما أن النجاح النسبي لأي عملية أو إجراء لا يعتبر محكاً لاعتبار ذلك النشاط إرشاداً جماعياً.

ومما لاشك فيه، أن الإرشاد الجماعي يبنى على مجموعة من الأسس، والتي تمثل الجوانب النفسية والاجتماعية القاعدة والأساس فيها. وتبرز الأسس النفسية في الإرشاد الجماعي من خلال:

- إن الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية، لابد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل: الحاجة إلى الأمن، والنجاح، والاعتراف، والتقدير، والمكانة، والشعور والانتماء، والإحساس بالمسؤولية والحب والمحبة والمسايرة، وتجنب اللوم.

- تتحكم المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية بذلك.
- تعتمد الحياة في العصر الحاضر على المسترشد في جماعات تتطلب ممارسة أساليب التفاعل الاجتماعي السوي، واكتساب مهارات التعامل مع الجماعة.

- يعد التوافق الاجتماعي هدفاً من أهداف الإرشاد النفسي.
- تعد العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المشكلات التي تؤدي في النهاية إلى شكل من أشكال الاضطرابات النفسية.

بينما تتمثل الأسس الاجتماعي في الإرشاد الجماعي بشكل عام في:

- من أهم أهداف الجماعي بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي بما تحقق سعادة الفرد في تفاعله الاجتماعي، وتعد العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المرض النفسي وعاملاً من عوامل تدعيمه.
- يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المسترشدين في الجماعة العلاجية، فيجعل كل واحد منهم مرسلاً ومتقبلاً للتأثيرات العلاجية، فلا يعتمد الإرشاد على المرشد النفسي وحده بل يصبح المرضى الآخرون مصدراً من مصادر العلاج.
- تعتمد الحياة في عصرنا الحاضر على العمل في جماعات، ومن أجل ذلك لا يستطيع المواطن العادي أن يحيا حياة سعيدة منتجة ما لم يمارس أساليب التفاعل الاجتماعي السوي، وما لم يكبت المهارات المضيئة للتعاون مع الجماعة.

هذا، وتتنوع أساليب الإرشاد النفسي الجماعي وفق المعايير التالية:

1. أعضاء الجماعة أو مشكلاتهم النفسية: حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على مدى تشابه أو اختلاف أعضاء الجماعة الإرشادية في مشكلاتهم النفسية، والجنس، والسن، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.
2. طريقة تشكيل الجماعة الإرشادية: حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على تشكيل الإرشاد الجماعي بطريقة عشوائية، أو إتباع القواعد والأصول السوسيومترية.
3. مدى التركيز على شخص المرشد النفسي: حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على التركيز على الجماعة نفسها، والنظر إليها ككل متفاعل، وإلى كل عضو

فيها على أنه مؤثر في إرشاد الآخرين، أو التركيز على العلاقة الإرشادية بين المرشد وبين كل مسترشد على حدة.

4. نوع النظرية التي يتبعها المرشد النفسي: حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على الاعتقاد بصفات الجماعة ودينامياتها والقوى الفعالة فيها، أو الالتزام بأصول الإرشاد الفردي أكثر من الاهتمام بما للجماعة من خصائص علاجية مميزة.
5. المكان الذي يمارس فيه الإرشاد: حيث يتوقف أسلوب الإرشاد وممارسته على المسترشد وعلى المكان الذي يعمل فيه سواء أكان ذلك في مؤسسة إرشادية أم في مؤسسة علاجية كالمستشفى مثلاً.

هذا، وقد تطورت الدراسات في ميدان الإرشاد النفسي الجماعي حيث لجأ المرشدون والمعالجون النفسيون إلى أساليب متعددة تختلف حسب اختلاف المسترشدين وأعراضهم وظروفهم. ويمكن إيجاز أهم هذه الأساليب بما يلي:

نظرية التحليل النفسي التي تطبّق العلاج الجماعي وذلك لأسباب ملائمة ونفعية – باعتبارها طرق عملية وأقل كلفة بالنسبة للعملاء، لكن ليس لأنها تتناسب مع النظرية التي تستند إليها هذه الطرائق. ولهذا السبب يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي النموذج التربوي أكثر من النموذج الطبي أو النفسي الديناميكي.Ellis & Whiteley, 1979 بالنتيجة يمكن اعتبار العلاج – كالتعليم – يفضل الجلسات الجماعية والفردية أيضاً. وعلى الرغم من إمكانية تطبيق العلاج في عمليات جماعية صغيرة – من 8– 13 عميلاً أسبوعياً – إلا أنه يوجد إمكانية أكبر في تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي على مجموعات أكثر عدداً – كما هي الحال في صف مكوّن من(20– 30) تلميذاً، أو ورشة عمل عامة، أو قد يكون على شكل دورات التدريب المكثفة في العلاج العقلاني الانفعالي والتي تضم أحياناً أكثر من (200) شخصاً. وهكذا، يمكن أن تتكيّف المجموعات مع وسائل العلاج المستخدمة مثل العروض السمعية البصرية، أفلام أشرطة مسجلة، (فيديو، كاسيت)، دروس مبرمجة، مراجع كتب خاصة بالعلاج، ووسائل أخرى متنوعة (Ellis,& Greenwald, 1976) وعلى هذا الأساس، يمكن اعتبار العلاج العقلاني

الانفعالي علاجاً جماعياً موّجهاً، والمعالجون يستخدمون فيه المجموعات كطريقة مختارة وليس لأنها تناسب ظروفاً خاصة.

تعريف العلاج الجماعي وفق العلاج العقلاني الانفعالي:

بناءً على ما أشار إليه المقطع السابق، يتضمن العلاج العقلاني الانفعالي ثلاثة أشكال أساسية من العلاج النفسي، هي التالية:

1. المجموعات الصغيرة: مثل المجموعات الخمس المنتظمة والمكوّنة من 10– 13فرداً، والتي كان إليس يتعامل معها في جمعية العلاج العقلاني الانفعالي في نيويورك.
2. المجموعات الكبيرة: المؤلفة من(50– 100) فرداً، مثل ورشات العمل النظامية، مشكلات الحياة اليومية، التي كان إليس ملتزماً بها هو وزملاؤه كل يوم جمعة في الجمعية.
3. التدريب العقلاني المكثف والخاص، والذي بدأ العمل به في الجمعية عام 1983، وقد أشارت نتائج الأبحاث المطبقة على المئات من المشاركين بأنه يمكن التوصل إلى نتائج علاجية فعّالة خلال ثمان ساعات مكثفة من التدريب.

وبما أن العلاج القائم على أساس المجموعات الصغيرة هو السائد اليوم، فإن معظم المناقشة في هذا الفصل سوف تركز على هذا النموذج من العمل الجماعي باستخدام مبادئ وتطبيقات العلاج العقلاني الانفعالي.

الجوانب الاجتماعية للعلاج العقلاني الانفعالي الجماعي:

إن الأهداف الأساسية لأفراد المجموعات الصغيرة في العلاج العقلاني تتمثل في الآتي:

1. إدراك أساس مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية، والإفادة من هذا الإدراك في التغلب على الأعراض الحالية والعمل بشكلٍ أفضل فيما يتعلق بالمسائل الشخصية.
2. إدراك واستيعاب صعوبات الأفراد في المجموعات الأخرى والعمل على مساعدتهم بصيغة علاجية.
3. اختزال حدة الاضطراب الذي يعانون فيه، بحيث يستطيعون الشعور والتصرف بشكل ملائم بقية حياتهم، وذلك مقارنةً بالفترة الأولى التي انضموا فيها إلى علاج المجموعات.
4. ألا يقتصر إنجازهم العلاجي على التغيّر السلوكي فقط، بل يتعدى ذلك إلى التغيّر الفكري، بما في ذلك قبول الحقيقة الصعبة، والتخلي عن الأفكار الخيالية الهادمة للذات، والتوقف عن اعتبار مواقف الحياة المحبطة على أنها مريعة وكارثة، تحمل المسؤولية اتجّاه صعوباتهم الانفعالية، وبدلاً من ذلك، العمل على القبول غير المشروط للذات وعلى أن الإنسان غير معصوم عن الوقوع في الخطأ.

وفي العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي، لا يوضّح المعالج للعملاء بشكل مباشر أنهم المسؤولون عن إحداث مشكلاتهم الانفعالية بما يحملونه من أفكار ومعتقدات غير عقلانية. بل يعمل على مساعدتهم وتشجيعهم على مواجهة تلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ويحضها (ينبغي، يجب، من المفروض)، ويساعدهم أيضاً على التخلص من دكتاتوريتهم وميلهم نحو الكمال.

اختيار أعضاء المجموعة العلاجية:

غالباً ما تتضمن مجموعات العلاج العقلاني الانفعالي RET نماذج مختلفة من الأفراد، بما فيهم أولئك المضطربين، العُصابيين، السيكوباتيين، والذهانيين. وفي جمعية العلاج العقلاني الانفعالي، حيث تتم مقابلة المجموعات بشكل منتظم أسبوعياً، يُطلب من مجموعة العملاء الخضوع على الأقل لجلسة واحدة من العلاج الفردي وذلك لأهداف محددة، يتم من خلالها تحديد فيما إذا كان العملاء سيحققون فائدةً ومنفعة من العملية الجماعية.

وعادة يتم السماح للغالبية العظمى من العملاء الذين تتم مقابلتهم بالانضمام، بشكل تجريبي، للعلاج الجماعي، وغالباً ما يكونون من:

1. غير القادرين على ضبط أنفسهم، والثرثارين.
2. الأنانيين أو الفصاميين.
3. العدائيين الذين يصعب ضبطهم من قبل قائد المجموعة.

وإذا تم انضمام العملاء إلى المجموعات في العلاج الجماعي، واكتُشف لاحقاً أنهم عدائيين جداً، ويحتاجون إلى عناية شخصية، يمكن عندها الانقطاع عن عملية العلاج الجماعي، حيث يُعد هذا الأمر جزءاً من العلاج العقلاني الانفعالي RET، فبعد أن يتبين الوضع الحرج لهم، يتم إرشادهم في البداية على العمل بفعاليّة مع أعضاء المجموعة. وإذا لم يظهروا أي استجابة، يتم إخبارهم بأنه من الضروري لهم العمل في العلاج الفردي حتى يوافق المعالج على عودتهم إلى العلاج الجماعي. لقد حدث وأن طلب من خمسة عشر عميلاً أن يغادروا العلاج الجماعي ويعودوا إلى العلاج الفردي وذلك خلال(28) سنة من عمل إليس في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي.

تكوين وموضع المجموعة:

إن التكوين المفضّل للمجموعات العلاجية في RET هو من (10– 13)فرداً، بحيث يغطي المدى الواسع للفئات التشخيصية، وتتم المحاولة دائماً على تضمين كل مجموعة عدداً متساوياً من الذكور والإناث، كما يتم وضع الأفراد من كل الأعمار تقريباً في مجموعات الراشدين، الذين تتراوح أعمارهم بين(18– 60)سنة، ومعظمهم يكون ما بين(25– 45)سنة. أما مجموعات المراهقين فتتراوح أعمارهم ما بين(13– 17) سنة.

وفي الغالب يتم تشخيص أعضاء المجموعات على أنهم عصابيين، أو يمرون في مرحلة بعد حالة مرضية شديدة، أو على أنهم ذهانيين. ويقول إليس: كان يأتي إلى عيادتي عدداً كبيراً من العملاء للخضوع لجلسات العلاج الفردي، وقد كانت الغالبية العظمى من هؤلاء العملاء تنضم للعلاج الجماعي بعد مرور (5– 15)جلسة في العلاج الفردي، وينهون العلاج نهائياً بعد ستة أشهر أو سنة تقريباً، وتُعتبر هذه المدة كافية بالنسبة للعملاء كي يعملوا على التخلص من مشكلاتهم الانفعالية، والتواصل مع الآخرين في عملية جماعية.

وفي الوقت الذي ينضم فيه العميل إلى المجموعة، قد يكون ملتزماً بالخضوع إلى جلسات علاج فردية منتظمة أو غير منتظمة. في هذه الحالة يختار معظم العملاء العمل بالعلاج الفردي بشكل غير منتظم، ولذلك يتعلمون مبادئ وتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي ضمن العمل الجماعي.

كما يُشجع العملاء الذين يعانون من الخجل أو من مشكلات شخصية، على الانضمام إلى المجموعات، لأنه من المفيد لهم علاجياً أن يعملوا على حل مشكلاتهم مع أقرانهم بدلاً من حلّها مع معالجٍ فردي قد يكون شخصاً له مميزاته التي لا تمثل مواصفات الأشخاص الذين سيتعامل معهم العميل في الحياة الواقعية. وبشكل أساسي يتم تحديد عدد أفراد المجموعات في العلاج العقلاني الانفعالي

بثمانية أفراد. لكن قد يرتفع هذا العدد أحياناً إلى (13) فرداً عندما يترك أحد العملاء المجموعة ويعود إليها ثانيةً، وكلما كان عدد الحضور في المجموعات أقل، كلما كانت الجلسة أكثر متعة وأقل تكرار. كما يتم سير العمل في المجموعات بشكل نظامي، حيث يسمح قائد المجموعة لفرد واحد فقط بالتحدّث والآخرين يستمعون، وتطبق هذه الطريقة بنظام على كل الأفراد، فيتحدث كل فرد عن مشكلته ويتم إعطاءه واجب منزلي داعم لتلك المشكلة، ولا يسمح المعالج لفرد واحد باحتكار الحديث والمناقشة في المجموعة. بالإضافة إلى ذلك فقد كان إليس يلتقي مجموعات العملاء في العيادة الخاصة به – المفروشة بثلاث أريكات كبيرة ومجموعة من الكراسي المريحة– مرةً كل أسبوع، وكانت العيادة عبارة عن غرفة كبيرة (13–19قدم)، مزودة برفوف على كل جدار، وعلى هذه الرفوف مجموعات من الكتب الخاصة بالعلاج وتحتوي على شماعة ثياب ومكيفّات تبريد صيفاً وتدفئة شتاءً، إنها مريحة وتثير الاطمئنان في النفوس، كل تلك الجهود المبذولة هي من أجل تجهيز العيادة وذلك لمنح الراحة والاستقرار للعملاء، وهكذا تكون العيادة مناسبة لمجموعات العملاء الكبيرة التي يمكن أن تستمر في العلاج من(10– 14) ساعة يومياً. وعندما ينتقل العملاء من العيادة إلى غرفة أخرى لتلقي الجزء الثاني من الجلسة العلاجية مع مجموعة من القادة المتدرّبين، تكون تلك الغرفة كبيرة ومريحة أيضاً بالنسبة لهم. لكن العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي لا يعتمد على نموذج خاص من المكان، حيث يمكن تطبيقه في محيطات أقل راحة من تلك الموصوفة سابقاً.

تكرار وطول واستمرار جلسات العلاج الجماعي:

يتم اللقاء عادة مع المجموعات في العلاج العقلاني الانفعالي مرةً كل أسبوع ولمدة ساعتين ونصف، وقد كانت تتضمن المجموعات الخاضعة للعلاج قائداً، وقائداً مساعداً قيد التدريب. حيث تبقى المجموعة مع القادة المتدربين لمدة ساعة ونصف في البداية، بعد ذلك تنقل المجموعة إلى غرفة أخرى مع القائد المساعد ولمدة ثلاثة أرباع من الساعة.

إن المجموعات في العلاج العقلاني الانفعالي لا تحتاج إلى وجود قائدين، بل يمكن أن تعمل مع قائد واحد دون مساعدٍ له. بالإضافة إلى ذلك يتم إعطاء المجموعات العلاجية عشر ساعات مسائية بشكل جماعي، مضافاً إليها عملية جماعية مرة أسبوعياً وبشكل منتظم. وتعد كل المجموعات ذات نهاية مفتوحة؛ لأن الأعضاء عندما ينضمون إلى المجموعة، يمكن أن يحضروا العلاج على الأقل لمدة خمسة أسابيع، ثم تتم ملاحظة سلوكياتهم لمدة أسبوعين، بعد ذلك ينهون العلاج، وأولئك الذين يخرجون من العلاج غالباً ما يتم استبدالهم بعملاء أُخر. وبذلك تبقى المجموعات مفتوحة يدخل ويخرج منها العملاء كلّ حسب حالته، فقد يدخل أفراد جدد وما زال في المجموعة أفراداً اتبعوا العلاج لعدة أشهر، بهذه الحالة يعمل الأفراد القدامى على المشاركة في تعليم الأفراد الجدد بعض مبادئ وتطبيقات العلاج العقلاني الانفعالي. لكن على الرغم من ذلك، يُفضل بقاء الأعضاء في المجموعات العلاجية على الأقل لستة أشهر، وذلك لأن الجلسات العلاجية تأخذ وقتها في تعليم العملاء مبادئ RET، ومن ثم قيام المعالجون بالإشراف على المهام والواجبات التي يقوم بها العملاء. أما بالنسبة للأفراد الأقل اضطراباً من غيرهم، فيمكن أن يستمروا في العلاج لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر، ويحصلوا على مساعدة جيدة في التغلب على مشكلاتهم الانفعالية، ومن ثم يبدؤون باستخدام مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي وتطبيقها على أنفسهم دون إشرافٍ علاجي، أو بإتباع جلسات معزّزة في العلاج الفردي بين الحين والآخر.

الأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي Method Employed:

إن التقنية الأساسية المطبقة في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي والنظامي، هي أن يقدّم كل عميل مشكلته على حده، مثل مشاعر القلق، اليأس، العدائية، أو الشفقة على الذات. أو في حال الخلل الوظيفي في أداء السلوك مثل الإدمان، التردد، العنف، وغير ذلك. وهكذا يعمل المعالج والأعضاء الآخرين في المجموعة أولاً على التحدّث مع العميل الذي يعرض مشكلته، ويحاولون اكتشاف الحدث المنشط A، والعواقب السلوكية والانفعالية C، بعد ذلك يساعد المعالج

وأفراد المجموعة على التخلص من أفكاره غير العقلانية B المساهمة في وقوع النتائج C، وذلك عن طريق ودحض تلك الأفكار ويحاولون مساعدته في تعلّم الدحض الفعال وتطبيقه في الحياة الواقعية خارج نطاق العلاج. كما يساهم أفراد المجموعة في اقتراح المهام والواجبات السلوكية والانفعالية الداعمة لعملية العلاج والتي تساعد العميل في دحض أفكاره غير العقلانية، وبعد ذلك يحاولون التأكد من مدى إنذار العميل لتلك المهام والواجبات بالشكل الذي يضمن تقدّمه.

ويوجد هناك العديد من التقنيات المعرفية، والانفعالية، والسلوكية في العلاج العقلاني الانفعالي والتي يمكن استخدامها مع أفراد المجموعة الذين يعرضون مشكلاتهم. بالإضافة إلى ذلك يوجد عدداً قليلاً من طرق العلاج العقلاني الانفعالي التي لم تثبت فعاليتها في العلاج الجماعي، لكن تقابلها طرق أخرى عديدة جيدة الفعّالية في هذا المضمار، أما بالنسبة للواجبات والمهام التي يكلّف بها العملاء فإنه يتم تنفيذها بشكل مستمر وتام مقارنة بتلك التي يكلّف بها العملاء في العلاج الفردي. بالمقابل تأتي تقنية لعب الأدوار لتثبت فعّاليتها في العلاج الفردي أكثر مما هي عليه في العلاج الجماعي حيث تتسبب في إثارة القلق عند أفراد المجموعة.

وفيما يلي عدد من التقنيات الخاصة المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي:

1. التمارين البنائية: مثل، المبادرة، المجازفة، الكشف عن الذات، وتمرين مقارنة الخجل، التي تُقدّم بشكلٍ دائم لأفراد المجموعة بهدف إثارة، وكشف المشاعر التي لم يشعر بعض الأفراد أو ربما يحجمون عن إظهار تلك المشاعر عندما يشعرون بها.
2. يُشجّع كل أعضاء المجموعة على قراءة الكتابات الخاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي، مثل: الدليل الجديد للعيش العقلاني A New Guide to Rational Living التغلب على المماطلة

والتردد Procrastination Overcoming التغلب على اليأس Overcoming Depression دليل السعادة الشخصية to Personal Happiness A Guide وهكذا يُمنح كل أفراد المجموعات عدداً من الكراسات الخاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي عندما يبدؤون العلاج، ويتم الإصرار عليهم لقراءتها بالإضافة إلى مواد أخرى مساعدة في العلاج والتي تتضمن النظريات الأساسية في RET وتطبيقاته. وعندما يدرك بعض أفراد المجموعات أن هناك أفراداً لا يستوعبون أفكار وفلسفات العلاج العقلاني الانفعالي، يعملون على مساعدتهم في فهم تلك القراءات كواجبات منزلية.

3. يتوفر في جمعية العلاج العقلاني الانفعالي لجماعات العملاء عدداً متنوعاً من المحاضرات، ورش العمل، والبحوث العملية بالإضافة إلى مجموعات خاصة في التدريب على المهارات. وهكذا لا يكون الشخص الخجول فرداً في المجموعة العلاجية فحسب، ولكن ولفترة محددة من ست إلى ثمان جلسات ينضم إلى مجموعة المهارات الاجتماعية، حيث يتلقى دروساً خاصة حول كيفية التواصل والتفاعل مع الآخرين ومواجهتهم. وقد يستخدم أيضاً أفراد المجموعات بعض الأحداث الأخرى الموجودة في الجمعية خاصة تلك – ورش عمل ليلة الجمعة الخاصة بمشكلات الحياة اليومية– والتي تسمح لهم أيضاً بالتلاقي مع الآخرين فيتعلمون كيف يصبحون ودودين مع الناس الآخرين.

دور المعالج:

يلعب المعالج في مجموعات العلاج العقلاني الانفعالي دوراً مباشراً وفعّالاً في قيادة وتوجيه عمل المجموعة، والمحافظة على النظام، والتأكد من مشاركة الصامتين من العملاء، والتخفيف من ثرثرة الآخرين، والتأكد أيضاً من أن العملاء يطرحون مشكلاتهم الصعبة بكل جوانبها. أما في مجال دحض الأفكار غير العقلانية للعملاء ومساعدتهم على إيجاد الحلول المناسبة لمشكلاتهم يكون المعالج هو الشخص الأكثر نشاطاً وفعّالية، حيث يعمل المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي على طرح الأسئلة، كالتعليم، والتشجيع، والتكليف بالوظائف

والمهام البنائية بالإضافة إلى إنجاز كل الأعمال والوظائف المباشرة التي يتم إنجازها في العلاج العقلاني الانفعالي الفردي. هذا، وتؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي بأن البشر لا يساهمون فقط في اضطراب أنفسهم وإنما وبشكل مستمر يلتزمون بقوة بأفكارهم غير العقلانية المسببة لذلك الاضطراب، وبالنتيجة يتم اكتشاف تلك الأفكار اللاعقلانية واستئصالها من جذورها من قبل المعالجين وأعضاء المجموعة الآخرين المساهمين في العلاج. وفي النهاية يحاول قادة العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي إدراك أن العملية المباشرة والفعّالة للعلاج العقلاني الانفعالي تُوّظف بثبات في العملية الجماعية ولا تعمل بشكل غير منتظم ومثير اللامبالاة، والفوضى، أو أشكال أخرى من السلوك التي تشجع وتسمح بوجودها أنواع ونماذج أخرى من العلاج. وهكذا يعمل قائد العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي بشكل واضح على قيادة العملية العلاجية، وفي حال لم يفعل ذلك فإن العملية العلاجية ستتراجع وتصبح من مستوى منخفض (Ellis, 1978 ,B).

القواعد الأساسية للمجموعة:

تتلقى مجموعات العلاج الانفعالي في جمعية RET قوائم مطبوعة تتضمن القواعد الأساسية التي تشرح كيفية سير العملية العلاجية وجلساتها، وكيفية إتباع القواعد، وإلى أي درجة تشجع على المشاركة الاجتماعية بين أفراد المجموعة. ومن هذه القواعد:

1. كل المعلومات التي يتم تسجيلها خلال الجلسات أو خارجها بين أفراد المجموعات، هي معلومات محفوظة ولا يتم إفشاءها أبداً.
2. السماح لأفراد المجموعات بالاجتماع مع بعضهم خارج مواعيد الجلسات ما داموا قادرين على تقديم المعلومات التي تعلّموها في الجلسات العلاجية، ومادامو قادرين على جعل حياتهم كلها كعملية جماعية، وعندما يفعلون ذلك فلا شيء يمنعهم من الاستمرار في الكشف عن ذواتهم بشكل كامل ضمن المجموعة.

3. تشجيع أفراد المجموعات على مساعدة بعضهم البعض خلال الجلسات وخارجها. والنظر لتصرفات الآخرين بعين ناقدة دون توجيه اللوم والإدانة للأفراد كأشخاص، بالإضافة إلى التحلي بروح التعاون والود وخاصة مع الأفراد الجدد الذين ينضموا إلى المجموعة.
4. الإصرار على أفراد المجموعات خلال الجلسات النظامية للعلاج أو خارجها، لكي يظهروا مشاعرهم المضطربة، ويتحدثوا عن مشكلاتهم الصعبة. بالإضافة إلى ذلك الامتناع عن الثرثرة وتشجيع الخجولين منهم على المشاركة الفعّالة والتعبير عن المشاعر.

بحث ودراسة:

بالرغم من حداثة العلاج العقلاني الانفعالي في ميدان العلاج النفسي، إلا أنه يوجد هناك عدداً كبيراً من الأبحاث والدراسات الخاصة بإظهار مدى فعّالية هذا النموذج من العلاج النفسي والذي حلّ محل نماذج عديدة من العلاج. ويوجد الآن ما يفوق الـ (200) تجربة في العلاج العقلاني الانفعالي أو ما يرتبط به من نماذج العلاج السلوكي المعرفي. وقد كانت نتائج هذه التجارب إيجابية بمجملها، وهذا ما أثبت فعالية RET في كل من دراسة: ميلير وتكسلر (Miler, & Texler, 1979) وميلر وبيرمان(Miller & Berman, 1983). بالإضافة إلى ذلك فقد أُثبتت الدراسات السابقة فعّالية العلاج العقلاني الانفعالي في العلاج النفسي الجماعي أكثر مما هو عليه في العلاج الفردي. إضافةً إلى الدراسات السابقة يوجد هناك عدداً من التجارب التي تشير إلى فعّالية العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج المعرفي السلوكي داخل الصفوف المدرسية، وفي حالات التعامل مع الأطفال والراشدين الذين يتعلمون الطرق العقلانية الانفعالية، حيث يستطيعون تغيير انفعالاتهم وتصرفاتهم الهادمة للذات بواسطة تقنية تربوية في العلاج النفسي، دراسة بكور Bokor, 1971 وكوك Cooke, 1974 وتايلور;Taylor, 1975 وجويسيبي Giuseppe, 1975، وإضافةً لما سبق من دراسات

وتجارب، يوجد هناك عدداً جيداً من التقارير الطبّية المنشورة، والمستمرة في النشر، والتي توضّح الفعّالية الجيدة العقلاني الانفعالي الجماعي.

حدود العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي:

إن للعلاج العقلاني الانفعالي، كما للعلاج النفسي بشكل عام، حدوداً واضحة. وهذا ما وضحّه العمل الرئيسي في هذا المجال والذي كان بعنوان العقل والعاطفة في العلاج النفسي Reason and Emotion in psychotherapy (إليس، 1962) وذلك لأنه يتم النظر إلى البشر على أنهم مضطربين بيولوجياً واجتماعياً، بالإضافة إلى أنهم غير عقلانيين، ولا يوجد هناك طريقة تساعد على شفائهم تماماً مما هم عليه.

وعلاوة على ذلك، للعلاج العقلاني الانفعالي حدوده الخاصة، ككل الأنظمة العلاجية، حيث يعمل فقط مع بعض الأفراد ولبعض الوقت. ويقول إليس في هذا المجال، أنه كما جاء في التقرير الأول الخاص بالعلاج العقلاني الانفعالي والناتج عن مؤتمر الجمعية النفسية الأمريكية في شيكاغو في أيلول عام 1956، والمتضمن أفضلية نتائج العلاج العقلاني الانفعالي عن غيره من الأنظمة العلاجية، وفعالية جدوى العلاج خلال وقت قصير مع أكثر العملاء اضطراباً. لكن على الرغم من ذلك ما زالت الحاجة قائمة لعدد أكبر من الأبحاث لإثبات فعّاليته كنظامٍ علاجي، وبنفس الوقت لتلافي بعض نواقصه. حيث يعاني العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي من أضرار وحدود جوهرية عند مقارنته بعمليات العلاج العقلاني الانفعالي الفردية والخاصة. مثال ذلك، يمكن لأفراد المجموعات الوقوع في الخطأ من باب الجهل عند قيادة الأفراد الآخرين في المجموعة، فمن المحتمل أن يقدّموا لهم توجيهات ووجهات نظر ضارة بهم ولا تناسب حالتهم، أو يمكن لحلولهم أن تكون من مستوى منخفض، كالاستمرار في العرض للعملاء كيفية استخدام الطرق العملية التي تجعلهم أكثر نجاحاً، بدلاً من إحداث تغيرات فكرية عميقة التي يتم من خلالها تغيير الأفكار اللاعقلانية المسببة للاضطراب.

فالعلاج الجماعي، حتى عندما يطبّق ويوظف إجراءات علاجية فعالة كما في العلاج العقلاني الانفعالي، يثبت عدم فعّاليته في بعض المواقف. فقد يعمل أحياناً أعضاء المجموعة على إضاعة الوقت في الأمور البعيدة عن موضوع العلاج، وبهذه الحالة يخرجون العميل الذي يعرض مشكلته أمامهم عن مساره الصحيح، ويشتتون النقاط الأساسية منها وبالتالي يُدخلون عوامل لا علاقة لها بالعلاج. كما يمكن أن يطلبوا من العميل القيام بواجبات ومهام مُتتالية دون التأكد من مدى وصحة إنجازها. ومن المحتمل أن يسمحوا للفرد (المقدّم)، في حال عدم تدخل المعالج، بعدم المشاركة النشطة مع أفراد المجموعة وبالتالي لا يمكن إحداث تغيير في سلوكه وأفكاره. وعلاوة على ذلك، قد يصبح أفراد المجموعة عدائيين ومؤنبين بشكل لا عقلاني للأفراد المشاركين الذين يعرضون مشكلاتهم وخاصة إذا أظهروا أية مقاومة للتغيير.

بالنتيجة، لا يمكن اعتبار العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي دواءً عاماً لجميع الأمراض، كما أنه لا يمكن أن يناسب جميع الأفراد الذين يخضعون للعلاج. فقد يظهر بعض العملاء عدم الجاهزية نحو تلقي هذا النوع من العلاج، وبالتالي يُفضل تلقيهم لبعض العلاج العقلاني الانفعالي الفردي قبل دخولهم النموذج الجماعي. ربما يستفيد بعض الأفراد – كالاندفاعيين والمصابين بهوس خفيف – من العمل الجماعي ولكنهم يحتاجون إلى مراقبة مستمرة، لهذا السبب يُفضّل استخدام أساليب علاجية أخرى معهم. أخيراً، يمكن القول: إنه من المؤكد أن يستفيد من العلاج الجماعي الغالبية العظمى من العملاء المضطربين، لكن الغالبية لا تعني الكل.

اعتبارات أخلاقية:

يتخذ العلاج العقلاني الانفعالي موقفاً خاصاً من المشكلات الأخلاقية للعملاء عندما يكون هناك خلطاً في وجهات نظر المعالجين في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي حول كون البشر مذنبين بسبب أعمالهم اللاأخلاقية، وشعورهم

بالذنب والتقليل من شأن ذاتهم بسبب تلك الأعمال. وهكذا يحاول RET تعليم العملاء بأن معظم أعمال البشر– مثل تلك المؤذية للآخرين– هي أعمال خاطئة ولا أخلاقية، لكن لا يمكن تصنيفهم ونعتهم بالفساد كأشخاص. وفي مثل هذه الحالة يكون العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي قد أخذ بمبدأ المسيحية الذي ينادي بقبول المذنب دون الذنب. وبالتالي يوضح للعملاء كيفية القبول غير المشروط لذواتهم على الرغم من السلوك الهادم للذات، لكن عدم قبول السلوك نفسه وبذل الجهد لتغييره. وإذا أعتقد بعض البشر بشكل خاطئ أن العلاج العقلاني الانفعالي يتغاضى عن الأعمال اللاأخلاقية فضلاً عن القبول التام لهم على أنهم بشر غير معصومين عن الخطأ، فقد يقودون الآخرين إلى سوء تفسير وفهم المبادئ الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي.

هذا، وتعد الأخلاق الأساس الهام في العلاج الجماعي، لذلك عندما ينضم أحد الأفراد إلى المجموعة، يكون الافتراض هو أن يستطيع الفرد الانفتاح كلياً أمام أعضاء المجموعة، والكشف عن الأشياء المخفية عن الآخرين، وذلك لكي يحصل على تعاون واهتمام أفراد المجموعة، حيث يعتمد العلاج الجماعي إلى درجة كبيرة على الثقة المتبادلة بين أفراد المجموعة. وإذا انخفضت هذه الثقة أو انعدمت، سيفقد العلاج فعاليته. كما يتضمن العلاج الجماعي فكرة أخرى وهي أن الشخص الذي ينضم إلى المجموعة لا يكون فقط مسؤولاً عن عدم إيذاء الآخرين وإنما أيضاً ببذل أقصى الجهود لمساعدتهم. أما إذا كان الأفراد الذين ينضمّون إلى المجموعات بهدف حل مشكلاتهم وإفادة أنفسهم دون الاهتمام بالآخرين، عندها سيكون موقفهم غير مسؤولاً وأحادي الجانب اتجاه المجموعة. وهكذا، من المفترض أن يولي الأفراد انتباهاً خاصاً لمثل هذه الأدبيات، ويبذلون جهداً مميزاً لإفادة أنفسهم والآخرين معهم، وإلا يكون من الأفضل لهم البقاء في العلاج الفردي حيث التمركز حول الذات كما يرغبون.

مثال لجلسة في العلاج الجماعي:

فيما يلي مقتطفات من جلسة نموذجية في العلاج الجامعي، والمقدَم الرئيسي نطلق عليه موسى، عمره ثماني وعشرين سنة، يعمل في مدرسة اجتماعية يعاني من قلق واضطراب جراء مناقشة حالاته أمام المجموعة، لأنه يخاف من النقد الذي يمكن أن يوجه له من المشرف وأفراد المجموعة الآخرين. وخلال العشر دقائق الأولى من الجلسة، أخبر موسى أفراد المجموعة عن مشكلاته، وطلب إليه المعالج تحديد الأحداث الأساسية التي تثير القلق والاضطراب عنده وفي أي الظروف والأوضاع يكون قلقه شديداً.

- موسى: عندما أسمع النقد من مشرفي ومن افراد المجموعة، أفكر باعتبارات غير منطقية والتي تقودني إلى عدم الإصغاء، والانسحاب.
- المعالج: لأن "لا أعرف كل شيء، ويتوجب علي معرفة كل ما يسألونني عنه؟ لذلك لا أستطيع إجابتهم بشكل تام"؟
- موسى: نعم
- مريم: (ثلاث وثلاثون سنة، ربة منزل)، لكن أليس ذلك بسبب اعتبارك واحترامك كشخص؟
- موسى: ربما
- هادي: (45 عاماً، يعمل طبيباً نفسياً)، دعنا نعرض مزيداً من المواقف التي تشعر معها بالإهانة وقلة الشأن، ودعنا نفترض بأنك تصرفت بطريقة تدل على العجز والضعف، فكيف يكون شعورك حينها؟
- موسى: أعتقد بأنك تريد، أنه لكي أكون شخصاً كفؤاً، يجب أن أكون أهلاً لكل شيء بنسبة 100٪.
- مريم: أعتقد بأنك تريدني أن أقول "لدي شعور بأنك تفكر بأننا جميعاً نحول برمجتك".
- موسى: أظن، بأنني أعرف وأستطيع إجابتك بشكل عقلاني، لكن لا يتضح ذلك في سلوكي.

- المعالج: حسناً، دعني أسال، عندما تقدّم جواباً عقلانياً، هل تعتقد بأنه صحيحاً؟ أو أنك تقدّمه فقط لأنك قرأته في كتب العلاج؟.
- موسى: أعتقد بأنني أُيقن الجواب تماماً، لكنني لست ناجحاً في العمل به، وخاصة عندما لا آخذ النقد الذي توجهه إليّ المجموعة المشرفة بعين الاعتبار.
- سامي: (28 سنة، فنان)، عندما يُوّجه لك النقد، وتشعر بقلة الشأن، كيف تتصرّف في ذلك؟
- موسى: أقول لنفسي: "لكون موقفي دفاعيّاً، أنا أنغلق على نفسي" وأشعر بقلة الشأن من قبل الآخرين.
- المعالج: حسناً، إنك تدرك ردة فعلك الضعيفة اتجاه الحالة، والآخرين. تقول لنفسك، "يا له من موقف دفاعي ساخر، إنني كالقملة في هذا الموقف" وهكذا، فإنك تشعر بقلة الشأن مرتين، مرةً عندما يوجه لك الآخرون نقداً، وآخر عندما تنسحب دفاعاً عن نفسك. فكيف يمكن لك التوقف عن ذلك؟.
- موسى: حسناً، سأقول بشكل نموذجي "أنا هنا لأتلقى تغذية راجعة على الحالات التي تحدث معي، وعلى سلوكي فيها، ومن غير المعقول أن أقف موقفاً دفاعياً اتجاه التغذية الراجعة التي أتلقاها".
- المعالج: ما زلت أسمعك تصف وتقول: "أنا أتصرف بشكل أبله" لكني لم أسمعك تواجه ما تخبر نفسك به حول موقفك الدفاعي الذي تقفه جراء النقد الذي يوجهه الآخرون لك.
- هادي: إنك تجيب بأفكار عقلانية، لكن ما يبدو لي هو إنك في حالة ضبابية ولا تدرك بوضوح ما يجري حقاً، فكيف يمكن لك أن تكتشف ذلك؟
- موسى: لا أدري، كيف أكتشف ذلك، ففي اللحظة التي أشعر فيها بالاضطراب، لا أكون على إدراك بما يجري، ولا كيف يمكن أن أستمر.
- هادي: لماذا لا تستطيع أن نسأل نفسك، "لماذا أنا مضطرب"؟.
- المعالج: أو، "ما لذي أقوم به لأشعر بهذا الاضطراب"؟.
- مريم: ربما يكون من الصعب جداً العمل فقط على إيقاف ذلك الشعور.

فمن الأفضل أن تطيل فترة الشعور بالخجل بسبب النقد الموجه لك، وتعمل على تفحص مشاعرك وأفكارك المصاحبة لذلك الخجل، بدلاً من التركيز على إيقاف تلك المشاعر.

- المعالج: أو بدلاً من التركيز على القول "أوه، يا له من تصرف وشعورٍ أبله".
- مريم: صحيح!.
- موسى: أو حتى أكره نفسي لذلك.
- دون: صحيح!.
- موسى: حسناً، من المحتمل أن أكره نفسي لتملك شعور عدم قدرتي على الأخذ والاهتمام بالنقد الموجه لي من الآخرين.
- المعالج: صحيح، لكن ذلك ليس حلاً، فقولك "أوه، يا لتفاهتي لفعل ذلك". يعتبر جزءاً من التحليل النفسي، وليس علاجاً عقلانياً انفعالياً.
- سحر: (27 سنة– معلمة)، لنعُد لما قالته مريم، أراك تتخيّل هذه الحالة من قلة الشأن، مستلقياً على سريرك مع شريط تسجيل، يسجّل كل ما تقوله في حالة الوعي، وكل ما يخطر في بالك من أفكار جراء النقد الموجه لك من جماعة الإشراف. حيث يساعدك ذلك على مواجهة الحالة والاختزال من مشاعر قلة الشأن المرافقة لك.
- موسى: دعيني أسألكِ سؤالاً، سحر، هل تشعرين من خلال الوصف الذي قدمته، بأنني لست على تماسٍ مع مشاعري؟
- سحر: نعم، شعرت بذلك، فكلما قلت سابقاً بأنك تريد أن تبكي لكنك أخمدت ذلك الشعور، لكن لو حصَل العكس، فشعرت برغبة في البكاء وبكيت. ماذا كان يمكن أن يحصل؟.
- موسى: حسناً، لو أنني بكيت وسمعني الآخرون وأنا أبكي، فسوف يشعرون بالأسف لأجلي، ويندمون على ما وجهوه لي من نقد.
- المعالج: ويغيّرون سلوكهم، إذا سمعوا بكائي ونحيبي!.
- موسى: نعم – سيغيّرون سلوكهم.

- سامي: موسى، لقد قُلتَ بأنك ترغب بتغذية راجعة من جماعة الإشراف، لكنك قلت أيضاً بأن ما تحصل عليه منهم ليس بتغذيةٍ راجعة وإنما تقليل من الشأن. وأنا أتساءل فيما إذا كان ما تدعوه – تقليلُ من الشأن– هو في الحقيقة تغذية راجعة لا تستطيع تقبّلها، مفترضاً أنك لا تبحث عن تغذية راجعة– وإنما ترغب في الحصول على موافقة الآخرين لك على ما تقوم به. وعندما لا تحصل على ما تريد، تدعو ذلك تقليلاً من الشأن.
- موسى: نعم، أظن أنك أصبت في هذه الناحية، فهذا ما يحدث لي تماماً عندما أتلقى تغذية راجعة سلبية أو نقداً بناءً، حيث تتملكني فكرة عدم المحبة أو عدم القبول.
- المعالج: وينتابك الرعب من خسارة الحب أو موافقة الآخرين لك، لكن بفرض سامي على حق وأنك تسعى دائماً لتتلقى تغذية راجعة إيجابية، وتقول "من المريع ألا أحصل على ذلك" فما هي الخطوة التالية؟ التي لا أظن بأنك خطوتها!.
- موسى: سأسأل نفسي "لماذا الحدث مريع وفظيع"؟
- المعالج: هل تفعل ذلك حقاً؟ لا يوجد أي مؤشر على ذلك، فأنت تقول "نعم، أنا مخطئ بسبب الرعب الذي أشعر به جراء النقد الموجه إلي". أو تقول: "نعم، أنا مخطئ بسبب شعوري الدفاعي"، لكن هل قلت مرةً "لماذا يكون الأمر فظيعاً إذا لم أحصل على موافقة الجماعة لي"؟
- موسى: إذا فعلت ذلك، فسيبدو اصطناعياً جداً.
- سامي: أخمن بأنك قلّما تفعل ذلك!
- هادي: أظن بأنه من الأفضل لك قبل أن تطرح على نفسك ذلك السؤال، أن تتأكد فيما إذا كنت تفكر به أصلاً.
- المعالج: لكن بدا عليه بأنه يتفق مع سامي ويفكر بذلك.
- هادي: ما دام يفكر في ذلك حقاً، ماذا يجري في داخله؟ هل يفكر بأفكار أخرى؟.
- موسى: إستراتيجيتي تقول بأن سلوكي مع البشر يتطلّب منهم استجابة بطريقة ودية وإيجابية.

- سامي: بدلاً من مواجهة حقيقة أنه "من المريع ألا يفعلوا ذلك، من الأفضل التخلي عن هذه الفكرة"، تنتقل مباشرة إلى النقطة A (الحدث المنشط) وتقول "كيف يمكن لي أن أغيّر الحدث A، بحيث يؤيدني الآخرون؟ "متجاوزاً المرحلة B والتي تحوي أفكارك ومعتقداتك حول ذلك الحدث والتي تساهم في النتيجة الانفعالية والسلوكية التي أنت عليها.
- هادي: ما زلت أعتقد بأنك مشوشٌ وفي حالة ضبابية حول طبيعة الأفكار والمعتقدات B. افعل شيئاً يجعلك تشعر بأهمية هذه الأفكار.
- موسى: لا أعرف كيف أفعل ذلك، ماذا تريدني أن أفعل؟.
- هادي: مثلاً، عندما تشعر بالأسى أو بالرغبة في البكاء، اجلس وحاول اكتشاف ما يدور في رأسك من أفكار — ما هو نوع تلك المشاعر والانفعالات التي تنتابك؟.
- مريم: لدي شعور بأنك تقول شيئاً وتشعر بشيء آخر، وتبدو غاضباً ساخطاً فقط.
- موسى: أشعر بنوع من الإحباط —فأنا تماماً كما قال سامي.
- المعالج: لكنك لم تتأثر بما قاله هادي. مع إنه أخبرك بما يريدك أن تفعل قلت له "لا أعرف ماذا تريدني أن أفعل".
- موسى: لا أستطيع إدراك مَا يفترض عليّ فعله.
- المعالج: أنسى كل شيء ودعني أكرر لك ما قاله هادي: دعنا نفترض بأنك تشعر بالأسى، أظن أن هذا واضحاً، ماذا يمكن أن تفعل لتجنب ذلك الشعور، لقد قلت قبل قليل "حاولت تغيير سلوكي، وتغيير ذلك السلوك سيجنبني ذلك الشعور".
- موسى: نعم، ذلك ما أقوم به عادةً.
- المعالج: الآن بدلاً من أن تفعل ذلك، بعيداً عن المصدر الرئيسي لمشكلتك، قال لك هادي:

1. "أبقِ على مشاعرك".

2. "ابحث عن الأفكار، والأفعال، التي تسبب لك ذلك الشعور وتحمّل المسؤولية، وابحث بدقة عن المعتقدات B التي تعد أساساً لما أنت عليه من سوء.

كما يقول هادي "لا تخمن، ابحث بدقة عما تفكّر به بدقة، فقد يكون هناك عبارات لم ترد في الكتب".

- هادي: (50 سنة، محاسب)، يوجد هناك سببان يساعدان في بقاء واستمرار الشعور بالأسى الذي تحاول تجنبه من خلال:

1. إدراك الأفكار المساهمة في تكوين ذلك الشعور.
2. مواجهة تلك الأفكار ودحضها، بالإضافة إلى تحديد الفكرة التي يصعب عليك تحملها.

- المعالج: نعم، أبقِ على شعورك بالأسى، وأفعل ما اقترحه عليك هادي. أبدأ بـ 1) "ما الذي أقوم به ويسبب لي هذا الشعور؟"، وبعد ذلك" لماذا لا أستطيع تحمّل ذلك؟ "وقد تخاطب نفسك بعبارات أخرى مثل" لا أستطيع تحمل الشعور بالأسى. يجب أن أتخلص من ذلك حالاً".

لكننا نود بسماعك حقاً تقول ذلك، لا تستنتجه فقط. فأنت لا تدرك حقيقة ما يدور في رأسك من أفكار قبل أن ينتابك ذلك الشعور كما تحاول أن تكتبه. معظم البشر، عندما يكتشفون أولاً ما يدور في رأسهم من أفكار، يدركون بعد ذلك أن تلك الأفكار ترن في رأسهم كالجرس. لكنك تحاول إلى حد ما تجاوز ذلك الإدراك. وتقول حسناً "أظن أنني أقول ذلك". ولا تنتقل إلى الخطوة الأخرى "طالما أنني أقول ذلك، لماذا الجحيم الذي أعيش فيه جراء ذلك القول؟". في هذه الحالة، أنت لا تعارض فكرتك لأنك في الحقيقة لا تعترف بما تقول. هل هذا واضح.

- موسى: نعم.

- المعالج: لكن لماذا لم يتضح ذلك من قبل؟، لماذا لم تتضح الفكرة التي قالها هادي؟
- موسى: لا أظن أنه عبّر عنها بذلك الوضوح. كان يجب أن تكون أوضح حتى أدركها. لكنك عندما طرحتها أنت، بدت أكثر وضوحاً وخصوصية.
- سامي: وقالها بشكل نشط أليس كذلك؟
- موسى: لا، لا أظن ذلك.
- هادي: كان أكثر توجُهّاً، أليس كذلك؟
- موسى: أظن أن التوجيه المباشر هو ما جعلني أستجيب للفكرة (يوجه الحديث لـ هادي)، كان لديّ شعور بأنك تريدني أن أقول شيئاً ما، لكن لم أكن متأكداً مما أردت.
- سامي: لذلك بدأت تتناقش مع ذاتك، "ماذا يجب أن أقول؟"، "هل ما سأقوله صحيحاً؟".
- موسى: نعم، لم أكن قادراً على اختزال ما أراده هادي، لأنني لم أكن أيضاً على يقين بنهاية ما يريد.
- هادي: هل وجدت أنه من الصعب التفكير والرّد لأنني أحقق معك، إنني أطرح الأسئلة فقط، حيث يعتبر ذلك أفضل من الوقوف على فكرة سابقة.
- المعالج: لقد كان لديك فكرة مستحوذة، وهي الحماقة، وتدعي عكس ذلك!.
- هادي: أوه، لقد فعلت لكن...........
- المعالج: نعم! كان يتحدث مع نفسه قائلاً "إنه يحقق ويستمر في ذلك حتى يعرف الإجابة! لماذا يحقق معي بهذه الطريقة؟. لقد سببت له مشكلة إضافية.
- هادي: إلى حد ما، لكن بشكل ظاهري، لأنني أعتقد بأنه يفكر بشيء ما طوال فترة عملنا معه.
- موسى: لكن يا هادي......
- هادي: لكنني لا أعرف الطبيعة الحقيقية.
- موسى: أعتقد أنه من الأفضل لك أن توضح لي تماماً ما تفكر به، في حال عدم استجابتي لك.

- المعالج: من الأفضل أن تكون واضحاً فتقول: أليس هي كذا...؟، أليس هي كذا.....؟
- موسى: نعم.
- المعالج: إنك تتحدث بطريقة غير مباشرة "ما هي؟". قد تكون طريقتك مفيدة بعض الأحيان لكن مع المشوشين أمثال موسى، تسبب هذه الطريقة ضرراً بدلاً من النفع.
- موسى: نعم هذا تماماً، ما حدث معي.
- مريم: أظن بأننا اقتربنا من نهاية الجلسة، لماذا لا نكلف موسى ببعض الواجبات؟.
- المعالج: نعم، ماذا تقترح لنفسك يا موسى؟.
- موسى: حسناً، لقد اقترحتم جميعاً، والذي أظنه جيداً، بأنه عندما أشعر بالأسى، أحاول الاحتفاظ بذلك الشعور وأبحث عن الأفكار المسببة له بدلاً من كبته وتجنبه.
- مريم: أبقِ عن شعورك و.....؟.
- موسى: سأحاول مواجهة الأفكار المسببة لشعوري بالأسى، وأعمل على تحدي العبارات التي تجعلني أشعر شعوراً صعب التحمل.
- مريم: جيد!
- هادي: حسناً، دعني أؤكّد لك بأن الخطوة الأولى هي اكتشاف الأفكار والتحقق منها، بعد ذلك يتم التساؤل والدحض مرتين أو ثلاثة حتى يتم في النهاية التوصل إلى المعاني العديدة لتلك الأفكار والتي تدور في رأسك وتسبب مشاعر الأسى والكآبة.
- هادي: من ناحية أخرى، من المحتمل له أن يبدأ بفكرة واحدة، ويتعرف على معناها، ويحاول دحضها ثم ينتقل إلى الفكرة الأخرى وهكذا حتى يتوصل إلى إدراك كل أفكاره غير العقلانية.
- المعالج: صحيح! دعونا نبتعد عن المبالغة، إنني أريد أن أؤكد ما قلته سابقاً يا موسى، في وقت من الأوقات كنت على إدراك وتماس مباشر مع مشاعرك،

شعرت بالبكاء فبكيت،........ ووجدت أن ذلك لم يساعدك في إدراك الأفكار القاطنة وراء تلك المشاعر. بل على العكس سبب لك إطلاق العنان لتلك المشاعر أشياء ضارة مثل الشعور بالأسف، اليأس، وعدم القدرة على فعل أي شيء.

إن المشكلة فيما طرحته يا هادي، هي أن بعض البشر عندما يعملون على إدراك مشاعرهم بالطريقة التي تنصح بها (طريقة هادي)، يتولّد لديهم مشاعر سلبية أقوى مما لديهم! وهكذا نجد أن الطريقة الأفضل هي المحافظة على الشعور – البحث عن الأفكار اللاعقلانية القاطنة وراء ذلك الشعور– ثم العمل على دحض وتغيير تلك الأفكار المساهمة في هدم الذات.

- هادي: أنا فقط أقترح اقتراحاً، بأن يعمل موسى على اكتشاف ما يجري، لأن ذلك يعتبر الخطوة الأولى في طريق تغيير الأفكار.
- مريم: أنا أوافق على عدم الوصول بموسى إلى درجة الكمال، فليبدأ باكتشاف ما يجري معه –ثم يبحث في أفكاره ومعتقداته بعد ذلك يحاول مقاومة ودحض تلك الأفكار الهادفة للذات.
- المعالج: نعم، وأنا أيضاً أؤيد ذلك، فالحتمية والكمالية لا تساعد موسى في تحسنّه.
- جو: وأيضاً من الممكن لتلك الطريقة ألا تحدث أي تغيير عند موسى.
- مريم: صحيح!.
- هادي: ربما، لكن من ناحية أخرى، يستطيع أن يستخدم........، فعندما تنتابك مشاعر التجنب والانسحاب، موسى، تستطيع أن تتحقق من أفكارك عدة مرات، دون الافتراض بأنه يمكن اكتشاف كل الأفكار مرة واحدة.
- المعالج: أوه، نعم، حالما تبدأ بالعمل، كما قال كل أعضاء المجموعة، تستطيع بكل علاج على حدة، وتنتقل من علاج إلى آخر من جوانب تفكيرك، ولا تعمل على جمعها مرة واحدة خوفاً من التشويش، واضح موسى؟.
- موسى: جيد، سأحاول ذلك.

مناقشة الجلسة:

لقد تم توضح معظم جوانب العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي في مقتطفات الجلسة السابقة. وفيما يلي بعض النقاط ضمن هذا المضمار.

الاستجابة رقم (4): عرضت مريم إمكانية أن مشكلة موسى هي قيمته كفرد، أي نظرته الدونية لنفسه عندما يفشل في علاج من جوانب حياته وخاصة من وجهة نظر المجموعة المشرفة عليه ولم يكن رأي مريم مبنّياً على ما أظهره موسى في الجلسات السابقة من مبالغة في الاهتمام بقيمته كفرد، وإنما بناءً على الخلفيات النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي، بأن تلك المشكلة هي المشكلة الأساسية عند معظم البشر. حيث إنهم لا يقتصرون على تصنيف تفضيلاتهم (التي غالباً ما تكون جيدة ومنتجة للسعادة)، بل يقيّمون أنفسهم (بطريقة غير منطقية ومثيرة للخجل). في الحقيقة، يعارض العلاج العقلاني الانفعالي هذه الميول في تصنيف الذات، وكعضو في مجموعة العلاج RET، طرحت مريم قضية تصنيف الذات وسألت موسى فيما إذا كانت هذه الحالة هي إحدى مشكلاته الأساسية.

الاستجابة رقم (9): قال موسى: "أعرف الإجابة العقلانية من خلال ما قرأته في الكتب". لأنه قرأ هو وأعضاء المجموعة الآخرين الكتب التي طُلِب إليهم قراءتها. مثل– دليلاً جديداً للعيش العقلاني Anew Guide to (Ellis, 1975) RationalLiving والعقل والعاطفة في العلاج النفسي ReasonandEmotion in psychotherapy (Ellis, 1962) والنمو عن طريق العقل Growth through Reason (Ellis, 1971) دليل السعادة الشخصية AGuide to personal Happiness (Ellis&Becker,1982).

وتعد قراءة الكتب الخاصة بالعلاج جزءاً أساسياً من العلاج العقلاني الانفعالي، حيث يساعد في العملية العلاجية بشكل قيّم. لكن من الأهداف الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي والجماعي، هو التأكد من استيعاب العميل لما يقرأه بدلاً من الحفظ الصم والتكرار – كالببغاء– (أي التأكيد على فهم الأفكار العقلانية).

الاستجابة رقم (12): أكد سامي أن ما قاله موسى "إن النقد الذي توجهه المجموعة لشخصي لا يشكل تلك الأهمية بالنسبة لي". سوف يساعده في أن يكون على ما يرام فقط إذا طبق ذلك عملياً، أي من المفترض ألا يلجأ إلى الخجل كوسيلة دفاعية جراء النقد الموجّه له من الآخرين. ففي العلاج العقلاني الانفعالي، لا يتم التوضيح للعميل فقط أن اعتقاده بالخرافات هو تفكير لا عقلاني – مثلاً إن رؤية قطة سوداء تجلب الضرر والشؤم – بينما يُوضح له أيضاً أن التخلص من هذه الأفكار لا يعتمد على القول فقط (إن رؤية القطة السوداء لن تسبب لي الضرر)، بل على الفعل حيث يجب العمل على التخلص من الخرافات أصلاً وليس الاقتصار على عدم التأثر من رؤية القطة السوداء. بكلمات أخرى على العميل أن يعترف أنه خرافي باعتقاده أن رؤية قطة سوداء تجلب الضرر والشؤم ولا يكتفي بتكرار فكرة "رؤية القطة السوداء لا تجلب الشؤم والضرر".

الاستجابة رقم (14): إن المعالج هو المعلّم الأكثر فعّالية في العلاج، حيث يشجع الأعضاء الآخرين على استخدام نظام العلاج العقلاني الانفعالي لمساعدة الأفراد في طرح مشكلاتهم الواقعية، ويعمل على تغطية جوانب النقص التي يمكن أن يغفلها الأعضاء الآخرون. وقد طرح المعالج في هذه الاستجابة فكرة أن العملاء لا يشعرون بالنقص وقلة الشأن بسبب إدانة أنفسهم على إنجازاتهم الضعيفة، وإنما بسبب إدراكهم وتسليمهم لذلك الشعور. ثم إنكارهم لأنفسهم بسبب تلك المشاعر السلبية. لذلك شجع المعالج موسى على إدراك إدانته الثنائية لذاته من خلال: أولاً، بسبب النقد الموجه إليه من المجموعة، وثانياً شعوره باليأس جراء ذلك النقد.

الاستجابة رقم (16): أكد المعالج على العلاج المعرفي للعلاج العقلاني الانفعالي. إن مقاومة العميل لأفكاره اللاعقلانية حول نقد الآخرين له، حالما يدرك ويفهم وجود تلك الأفكار عنده، هي إحدى المميزات التي تميز العلاج العقلاني الانفعالي عن غيره من نماذج العلاج (كالبصيرة) التي يمكن أن توضح للعميل ما هي أفكاره التي تجعله مضطرباً انفعالياً. وتحاول إقناعه – كما في العلاج RET – على مقاومة، تغيير، ودحض تلك الأفكار. كما يساهم العلاج العقلاني الانفعالي في تعليم العميل الطريقة التجريبية المنطقية (الطريقة العلمية) التي تساعده في دحض افتراضاته اللاعقلانية واللاواقعية حول البشر والمحيط ويعلّم العملاء على أن يكونوا علميين في التفكير بأنفسهم وبحياتهم الخاصة، مرنين، غير صارمين، وبعيدين عن التفكير الحتمي المطلق. وهذا هو أساس الطريقة العلمية. ومن غير هذا النوع من الدحض الفعّال، والتفكير العلمي من قبل المعالج نفسه ومن ثم العملاء أنفسهم (طوال حياتهم)، فلن يكون العلاج العقلاني الانفعالي علاجاً.

الاستجابة رقم (20): ذكر المعالج وأعضاء المجموعة الآخرين موسى بأنه لا يوجد هناك أحداثاً خارجية ساهمت بحدوث الاضطراب عنده، بل هو ذاته من ساهم بذلك عن طريق أفكاره وانفعالاته غير العقلانية.

في العلاج العقلاني الانفعالي، يتحمّل كل عميل مسؤولية كاملة اتجاه أفكاره ومشاعره ولا دخل للآخرين بذلك. حيث يتعلم العميل في RET قول: "أنا من سببتُ لنفسي الغضب والاضطراب". بدلاً من قول: "لقد جعلتني غاضباً ومضطرباً." ولذلك يخاطب العلاج العقلاني الانفعالي بنظريته وتطبيقه كل موسى في هذا العالم: "بما أنك تسهم بأفعالك وتفكيرك في اضطرابك، وبما أنك قادرُ على تغيير ذلك الفعل والتفكير، دعنا نُساعدك في اكتشاف ما تفعل وتفكر بحيث يصبح بمقدورك التوقف عن ذلك. "وهكذا لا يمكن للاضطراب أن يفقد معناه، ما لم يتم اكتشاف وكبح العوامل المساهمة في حدوثه.

الاستجابة رقم (27): عندما قال المعالج بأن لدى موسى نموذجُ من بصيرة التحليل النفسي، كان يعني بأن موسى يملك المستوى الأول للبصيرة فقط دون المستويين الثاني والثالث، وكما لاحظنا سابقاً تأكيد العلاج العقلاني الانفعالي على توّفر المستويات الثلاثة للبصيرة:

1. إدراك العميل لبعض الأعراض وأسبابها النفسية كتلك المتعلقة بعملية سابقة (مثل الميول المكتسبة والفطرية للفرد بإدانة ذاته عند وقوعه في الخطأ).
2. إدراك العميل بغض النظر عن كيف، متى، وأين تنشأ أفكاره اللاعقلانية (كيف ولماذا يدين نفسه بسبب أخطائه)، بأنه الآن يواصل عملية هدم الذات بشكل قوي. فالاستمرار بالتفكير اللاعقلاني هو محور المشكلة، وليس أصل ذلك التفكير.
3. إدراك العميل لتقيّده والتزامه القوي بأفكاره ومعتقداته اللاعقلانية (ومن المحتمل أن يكون لديه ميولاً بيولوجياً قوياً نحو الاعتقاد بتلك الأفكار)، وأنه لا يمكن إحداث أي تغيير في ذلك الموقف بدون العمل المتواصل والجدّي على دحض تلك المعتقدات غير العقلانية. وهكذا، حاول المعالج الإصرار على موسى بالاعتراف بأهمية المستويين الثاني والثالث للبصيرة وأنه لا يملك الآن سوى المستوى الأول لها.

الاستجابة رقم (36): أكد المعالج في هذه الاستجابة أكثر من أعضاء المجموعة الآخرين، على الرعب الذي يشعر به موسى عندما يتلقى نقداً أو تغذية راجعة سلبية من الآخرين. إن جوهر العلاج العقلاني الانفعالي هو التوضيح للعميل أن مجرد التفكير بنقد الآخرين، قد يكون سيئاً لكن ليس مريعاً أو مرعباً كما يصفه موسى. فعندما يقيّم البشر شيئاً ما على أنه سيئ، ضار، أو سوء حظ، فإنهم في هذه الحال ما زالوا ضمن حدود الحقيقة والواقع، أما عندما يَتم التقييم على نحو من المبالغة مثل فظيع، مريع، مرعب في هذه الحالة يصبح العميل في عالم الخيال والمبالغة (كما فعل موسى) "أنا شخص سيئ وفاسد، لأنني لم أفعل ما يجب فعله".

لا شيء في الواقع يمكن أن يكون أكثر من سوء حظ، فالكلمات (يجب، ينبغي.......) لها معانٍ خيالية وحتمية وبعيدة عن الواقع. وموسى – كشخص – لا يمكن أن يكون فاسداً وسيئاً، بل يمكن لسلوكه وتصرفاته أن تكون ضعيفة وغير وافية بالغرض. وهكذا، عمل المعالج مع أعضاء المجموعة على تعليم موسى كيفية التخلي عن تلك الأفكار غير العقلانية، والعيش في عالم الواقع الذي يمكن أن يحتوي بعض الأضرار التي يمكن تحملها

الاستجابة رقم (45): حاول سامي إرجاع موسى إلى نموذج ABC الأساسي في العلاج العقلاني الانفعالي. فحسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، واجه موسى الحدث المنشط في الموضع A، ولكونه تلقى استجابة سلبية من أعضاء المجموعة المشرفة، ظهرت نتائجه الانفعالية في الموضع C حيث تفاعل مع مشاعر القلق واليأس، وحاول بعد ذلك تجنب الحدث الأساسي المثير لتلك المشاعر.

فقد اعتقد موسى – بشكل خاطئ – بأن الحدث المنشط A هو سبب النتائج الانفعالية C. لكن ذلك ليس صحيحاً لأن أفكاره اللاعقلانية حول ذلك الحدث هي المحور الأساسي للمشكلة. يوجد هناك قائمة من الأفكار العقلانية في الموضع B مثل:"كم من المؤسف أن يكونوا ناقدين لي، كم أتمنى لو أنني كنت أفضل لأتجنب ذلك النقد!، يا له من أمرٍ مزعجٍ أن يحصل ذلك!". وإذا استمر موسى بالتفكير كذلك، فسوف يشعر بشكل أكثر ملائمة، وسوف يتولد لديه دافعاً لتلقي المزيد من النقد بحيث يساعد على تغيير سلوكه العلاجي ولكنه كأي مخلوق بشري، يستمر موسى بالتفكير لا عقلانياً مثل:"أليس من المريع أن يوجهوا لي نقداً!، من المفروض أن أكون أفضل لكي يكون النقد أقل مما هو عليه! أنا شخص فاسد وسيئ، وخاصة إذا استمرت تلك النظرة السلبية حول شخصي".

إن هذه الأفكار اللاعقلانية هي سبب ما هو عليه موسى من قلق ويأس وعدم قدرة على مواجهة نقد المجموعة المشرفة له. وإذا تقيّد موسى بنموذج ABCD للعلاج العقلاني الانفعالي، فسوف يدفع نفسه بقوة نحو الاعتراف والتسليم بوجود

المشاعر المؤلمة في الموضع C، وإدراك الأفكار اللاعقلانية B المسببة لنشوء تلك المشاعر، بعد ذلك يعمل على دحض تلك الأفكار متبعاً الطريقة التجريبية المنطقية لدحض الأفكار اللاعقلانية في الموضع D. مثل:"لماذا من المرعب أن يوَجّه لي أعضاء الجماعة نقداً؟""ما لدليل على أنه يتوجب عليّ أن أكون معالجاً أفضل بنقدٍ أقل من الآخرين؟""كيف يمكن إثبات أن نظرة أعضاء الجماعة لي بشكل سلبي يعني أنني شخصٌ فاسد وسيئ." وهكذا يستطيع موسى التخلص من أفكاره الحتمية (يجب، ينبغي، ومن المفروض)، واستبدالها بالنظريات والحلول المساعدة على تجاوز المشكلة، بحيث ينتهي إلى فكرة جديدة وفعّالة E، التي تعتبر الاستجابة التجريبية والمنطقية للدحض –D–. إنها نتيجة عقلانية، مثال ذلك، "حسناً، إنه لمن السيئ جداً أن أتلقى النقد من المجموعة المشرفة على أنني معالجُ غير فعّال، لكن لماذا لا آخذ باقتراحاتهم، وأغير بعض إجراءاتي التي تساعدني في أن أكون أفضل في نظرهم؟

في الحقيقة، سواء نلتُ موافقة أعضاء الجماعة المشرفة أو لا، لماذا لا أستفيد من نقاط النقد التي وجهوها لي وأصبح معالجاً أفضل بحيث أساعد نفسي والآخرين من حولي؟ "فإذا توصل موسى إلى هذا الاستنتاج، سيتخلّص من مشاعر القلق واليأس وسيحرر نفسه من قيود الخوف من نقد الآخرين. لذلك حاول سامي ومن بعده هادي مساعدة موسى في إدراك نموذج ABC والعمل ضمن الموضع D (دحض الأفكار اللاعقلانية)، كي يتم الوصول إلى E (النتيجة الفعالة).

الاستجابة رقم (53): حاول المعالج توضيح ما قاله هادي لـ موسى وهو احتفاظ موسى بمشاعر القلق بدلاً من التهرب منها، وبعد ذلك البحث عن الأفكار بدقة، الأفكار اللاعقلانية المولدة لتلك المشاعر.

الاستجابة رقم (56): هادي، الذي بقي صامتاً حتى هذه اللحظة، يعزّز ما قاله هادي، وهكذا اتفق أعضاء المجموعة، ففي العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي، يُشجَع كل أعضاء المجموعة على أن يكونوا معالجين للفرد الذي يطرح مشكلته،

لأنهم هم أيضاً سيكونون مكانه وسيطرحون مشكلاتهم وأفكارهم أمام الجميع (Bard, 1980,Ellis,1962,1985c)

الاستجابة رقم (63): إذا كان موسى على حق، وكان السؤال المباشر أفضل من الحوار السقراطي فلابد من الانتباه لهذه النقطة في العلاج، فغالباً ما يتم إغفالها. ويفترض المعالجون في التحليل النفسي أو في العلاج المتمركز حول العميل (Freud 1965, Rogers, 1961) أن العميل سيحقق فائدة ونتيجة جيدة إذا استطاع التوصل على المستويات الثلاثة للبصيرة بنفسه أو بتعليم بسيط من المعالج. لكن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تفترض أن ذلك يمكن أن يكون جيداً فقط مع بعض العملاء لأن البعض الآخر قد يكون في حالة ضبابية أو تشويش، ولا يمكن أن يحقق أي فائدة إلا عن طريق التعليم المباشر. وقد توضح ذلك في المثال السابق عندما اتبع هادي أسلوب السؤال غير المباشر مع موسى وأخذ موسى يخاطب نفسه قائلاً "أتساءل ما هو الجواب الصحيح الذي يريده؟""ما الذي يريده حقاً؟" فسبب ذلك الأسلوب لموسى حالة جديدة من القلق حول ماهية الجواب الصحيح. وعندما حاول المعالج والأعضاء الآخرون في المجموعة مساعدة موسى باستخدام الأسلوب المباشر في طرح السؤال، أصبح موسى قادراً على الإجابة وشعر بارتياح أكبر عند إعادة صياغة العبارة. وهكذا أثبت الأسلوب أفضليته على غير المباشر.

الاستجابة رقم (76): كلما كان يوجه السؤال لموسى عن سبب استجابته للمعالج وعدم استجابته لهادي، كلما توضحت الحالة الضبابية والتشويش التي يعيشها. وهكذا تبيّن أن استخدام الأسئلة المفتوحة مع هؤلاء البشر المشوشين، يسبب الضرر أكثر من النفع فلولا تدخل المعالج والأعضاء الآخرين في المجموعة لاستمر موسى بحالة من التشويش والارتباك. وهذا ما وضحته أمثلة عديدة في العلاج العقلاني الانفعالي (على أن استخدام الأسئلة الواضحة والموجّهة يُجدي نفعاً أكثر من الأسئلة المفتوحة وخاصة في حالة العملاء المشوشين والضبابيين).

الاستجابة رقم (78): في العلاج العقلاني الانفعالي، يتم تكليف العملاء بواجبات ومهامٍ منزلية تتطلب منهم العمل فكريّاً، انفعالياً وسلوكياً كلُ حسب حالته وهكذا حتى يصبح الأمر اعتيادياً وتستمر حياتهم بنجاح. بشكل نموذجي، يتم تكليف العملاء الأقل إلحاحاً وإصراراً على حدوث الأشياء بواجبات ومهام تتطلب منهم الاقتراب من الجنس الآخر مثلاً، البحث عن عمل جديد، أو غير ذلك من واجبات. أما العملاء الذين يعانون من عدائية شديدة ومقاومة صارمة، فيتم تكليفهم بواجبات موجهة بشكل مقصود ومتعمّد نحو حالات مثيرة للعداء (مثل زيارة أقارب مكروهين بالنسبة لهم) وهكذا يتعلمون كيف يفكرون ويشعرون بشكل أقل عدائية ومرةً بعد مرة يصبح الأمر اعتيادياً بالنسبة لهم.

وفي مثالنا السابق، كُلّف موسى بمهمة الإبقاء والحفاظ على مشاعره المضطربة، مقاومة أفكاره غير العقلانية التي تجعله غير قادر على تحمل مشاعره، ومحاولة اكتشاف الأفكار اللاعقلانية الأخرى كفكرة أنه شخص فاسد وسيئ بسبب تلقيه للنقد السلبي من أفراد مجموعته، بعد ذلك العمل على دحض تلك الأفكار حتى يتخلص منهم نهائياً. عَمِل موسى على تنفيذ وإنجاز المهام السابقة في أسابيع قليلة، واتضح أنه قد حقق فائدةً ونفعاً، لكونه قادراً على إدراك مشاعره واختزالها. وبعد شهرين من الجلسة العلاجية، أصبح موسى من الأفراد المنفتحين والمتقبلين للنقد الموجه إليهم من الآخرين.

الاستجابة رقم (86): أشار المعالج في هذه الاستجابة إلى عدم المبالغة في التأثر بمشاعر القلق الناتجة عن النقد (بالنسبة لموسى) وذلك انه من الممكن لها أن تسبب نتائج غير مرغوبة. إن السبب في ضرورة تأثر الشخص بمشاعره، في العلاج العقلاني الانفعالي، هو ليس فقط من أجل إدراك تلك المشاعر وإنما من أجل العمل على تغييرها عندما تتسبب في هدم الذات بالإضافة إلى ذلك، لا يفترض RET أن بمجرد تعبير العميل عن مشاعره، سيتحسن تلقائياً، ولكن لابد من العمل على فهم وإدراك تلك المشاعر جيداً بالإضافة إلى تحديد الأفكار غير العقلانية القاطنة وراءها، ومن ثم العمل على تغيير تلك الأفكار عندما تقود إلى حالة من القلق، اليأس، والعداء.

الاستجابة رقم (88): كما يقاوم العلاج العقلاني الانفعالي الكمالية في البشر والتي تقود بشكل عام إلى تأصل جذور الشر في الإنسان، فإنه يقاومها في العلاج نفسه. إن هدف العلاج العقلاني الانفعالي هو ليس استيعاب وتغيير العملاء لأنفسهم بشكل تام، وذلك لأنهم بشر غير معصومين عن الوقوع في الخطأ، ولديهم صعوبات ومشكلات وإنما هدفه هو مقدرة العملاء على اختزال المهم ومعاناتهم التي لا حاجة لها، وهذا لا يعني أن يكون العملاء غير انفعاليين، أو مجردين من المشاعر السلبية (مثل الأسف، الحزن، الانزعاج،....) عند مواجهة أحداث منشطة بغيضة. فالعلاج العقلاني الانفعالي يعلّم التحمّل البشري بما فيه تحمل النتائج العلاجية غير التامة وهكذا يستطيع البشر المضطربون العمل على تغيير أفكارهم اللاعقلانية، كما يمكن أن يحصلوا على المساعدة من المعالجين أو الأصدقاء، أو الكتب، المحاضرات، أشرطة التسجيل، ومصادر أخرى متنوعة. وبإمكانهم مساعدة أنفسهم بشكل عقلاني انفعالي، بشكل فردي أو ضمن مجموعة، وذلك بمساعدة معالج فردي أو مجموعة من المعالجين. وبهذه الطريقة يستطيع العملاء الحصول على الفائدة بواسطة أي نموذج وأي إجراء خاص بالعلاج العقلاني الانفعالي الجماعي، فقد أثبت العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي فعّاليته من خلال ما قدمه من حلول طويلة الأمد للمشكلات الانفعالية بشكل أفضل مما قدمته الطرق الأخرى في العلاج النفسي من فائدة.

الفصل الثامن



المجموعات الكبيرة (الماراثون) في العلاج العقلاني والانفعالي

الفصل الثامن

المجموعات الكبيرة (المارثون) في العلاج العقلاني والانفعالي

Rationl – Emotiue Encounter Marathons Group Therapy

- المدة التي تستغرقها جلسة المجموعات الكبيرة.
- الإجراءات والطرق الكشفية.
- إجراءات وطرق تالية.
- طرق وإجراءات العلاج العقلاني الانفعالي.
- طرق وإجراءات التطويق.
- الاختلافات عن الأعمال الأخرى للمجموعات الكبيرة.
- خلاصة وافتراضات.

المجموعات الكبيرة (المارثون) في العلاج العقلاني والانفعالي

مقدمة:

لقد جرّب إليس – لمدة عشرين عاماً في جمعية العلاج العقلاني الانفعالي في مدينة نيويورك – نماذج متنوعة من المجموعات الخاصة بالعلاج، وذلك بغية الوصول إلى إجراءٍ قائم على هدفين اثنين:

الأول: تقديم أكبر عدد من التجارب لكل أعضاء المجموعات.

والثاني: توفير أداة قياس جيدة للعلاج النفسي الجماعي والمعرفي، المصمَّم ليس فقط لمساعدة المشاركين على الشعور بحياة أفضل، وإنما لبلوغ المستوى الأفضل بشكل عام.

هذا، وقد شارك خلال ذلك الوقت في مئاتٍ من المجموعات الكبيرة والصغيرة، وبالإضافة إلى ذلك، وقام بإدارة الآلاف من جلسات العلاج الجماعي النظامي. كما استخدم بشكل مدروس العديد من التقنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي والمطبقة في إجراءات العلاج الجماعي، المجموعات الصغيرة، والمجموعات الكبيرة، وأيضاً التابعة لكل من Schut2 (1967), Frederick Perls(1969), George Bach(1966), Herbertotto(1968) وهكذا استطاع استخدام الإجراء الذي أسماه بالمجموعات الكبيرة في العلاج العقلاني الانفعالي بنجاح. إذ يعتمد هذا الإجراء بشكل أساسي على الجانب اللفظي بالرغم من شموله على بعض الطرق العملية الموجّهة وغير اللفظية. كما يعطي للمعالج دوراً مهماً في قيادة المجموعة.

المدة التي تستغرقها المجموعات الكبيرة Length Of Marathon:

من المحتمل أن تستغرق المجموعات الكبيرة في العلاج العقلاني الانفعالي من 10- 14 ساعة، وحسب نموذج جورج باك (George Bach)، قد تستمر المجموعات الكبيرة في العلاج لمدة يومين دون السماح للمشاركين حتى بالنوم، وذلك لمساعدتهم في التخلص من القيود المحيطة بهم، والانفتاح بشكل أكبر على الآخرين.لكن لم يثبت الافتراض السابق صحته، لأن معظم المشاركين يشعرون بالتعب والنعاس خلال الساعات الطويلة للعمل. لذلك تم تغيير إجراء المجموعات الكبيرة ذات اليومين المستمرين في العمل، وسُمح للمشاركين بثمان إلى عشر ساعات من الراحة في نهاية اليوم الأول. وهكذا أثبتت المجموعات التي تعمل لمدة 14 ساعة فعّاليتها أكثر من المجموعات الكبيرة بساعات طويلة من العمل (20ساعة)، ولذلك أصبح الإجراء القائم على(10- 12- 14) ساعة عمل هو السائد في جمعية العلاج العقلاني. هذا، وتتكون المجموعات الكبيرة من(12- 18) شخصاً، ويمكن إدارتها بوساطة قائد واحد أو قائدين مساعدين. كما يشترط في قادة المجموعات الكبيرة أن يكونوا معالجين محترفين متدربين بشكل جيد في العلاج الجماعي والفردي للعلاج العقلاني الانفعالي، بالإضافة إلى تدريب خاص بقيادة المجموعات الكبيرة.

الإجراءات والطرق الكشفية Opening Procedure:

تبدأ المجموعات الكبيرة النموذجية في العلاج العقلاني الانفعالي، بدخول القائد وإلقائه التحية على المشاركين، مؤكداً لهم أن كل معلومة يتم التعرف عليها داخل المجموعة، سوف تحفظ بثقة وبسرية تامة، ولن تتم مناقشتها إلا مع أعضاء المجموعة نفسها. لذلك يُشجّع كل المشاركين على تقديم أنفسهم والإجابة على الأسئلة بكل ارتياح. لماذا أنتم هنا؟ماذا تشعرون في هذه اللحظة؟ وهكذا يقدّم المشاركون أنفسهم في وقت أقصاه خمس دقائق. بعد ذلك يسأل القائد أعضاء المجموعة سؤال أو اثنين:

1. ما هو الأمر الأكثر إزعاجاً لكم في الوقت الحاضر سواء كان داخل المجموعة أو في حياتكم الخارجية؟
2. ما هو الأمر الأكثر إثارة لخجلكم في الحاضر؟ ويطلب إليهم الصدق في الإجابة؟

وفي الوقت الذي يجيب فيه الأفراد على أسئلة القائد، يُسمح لأعضاء المجموعة الآخرين بالتحري عن أولئك الأفراد ومعرفة ما في داخلهم. لكن في تلك اللحظة يتدخل القائد بشكل مباشر ويحاول إيقاف أي مبادلات طويلة، وأفكار تفصيلية خاصة بمشكلات الأفراد، وذلك لأن هدف الجزء الأول من عملية الماراتون (المجموعات الكبيرة) هو انفتاح كل أفراد المجموعة، وتعبيرهم عن مشاعرهم ومواقفهم وإعطاء الأعضاء الآخرين فرصة التعرف إليهم قبل العمل على مساعدتهم في حل مشكلاتهم. وفي حال كانت هناك حاجة لطرق أكثر في الكشف عن الأفراد، يمكن طرح سؤال آخر على كل عضو في المجموعة وهو: ما هي الأحداث الأكثر أهمية في حيَاتكم؟

ويمكن أن يستغرق الأفراد من(5– 10) دقائق في الإجابة عن هذا السؤال. ولكن قد يقود هذا السؤال إلى الحصول على معلومات تتطلّب وقتاً طويلاً وسياقاً خاصاً من خطوات العمل. ولذلك غالباً ما تكون هذه المادة التاريخية غير واضحة، وتبعد الأفراد عن التعبير عن مشاعرهم الحالية، وإلى محاكاة مجالات غير مهمة في حياتهم.عند ذلك يقول القائد للمجموعة: "ابحثوا عن الشيء الصحيح الذي يؤثر فيكم انفعالياً (إيجابياً أو سلبياً)"، "اشعروا به وانقلوا مشاعركم للمجموعة". فمن المحتمل أن يتطوع بعض الأفراد ويعبروا عن مشاعرهم الحالية، وقد يدعوهم قائد المجموعة إلى ذلك. إن لتطوع الأفراد في العمل فوائد كثيرة منها:

1. الحصول على معلومات حقيقية بدليل العفوية.
2. اختصار الوقت.
3. التنبؤ بسير الخطوات القادمة للعمل. كالمناقشة وطرح الأسئلة. بالإضافة إلى

التعرف على الممتنعين عن الاستجابة، والخائفين من التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين.

إجراءات وطرق تالية Subsequent Procedure:

يقول قادة المجموعة للأفراد "فكروا بشيء خطرٍ أو خاطئٍ يمكن أن تقوموا به في هذه اللحظة، ونفذوه." قد يكون هناك عدداً من المتطوعين، أو ربما يطلب القادة إلى كل الأعضاء القيام بفعل اندفاعي (خاطئ).

فإذا بقي بعض الأفراد صامتين، يسألهم القادة "لماذا لا تقومون بفعلٍ ما كالآخرين؟" فقد يوضح القادة خلال المراحل الأولى للعمل، بأنه يُسمح لكل الأعضاء القيام بأي فعلٍ اندفاعي ما دام لا يسبب أذىً لأي من الأفراد سواء على أنفسهم أو على الآخرين، فتكسير الأثاث والقفز من النوافذ على سبيل المثال — غير مسموح. بينما خلع الثياب وتقطيعها (أيضاً على سبيل المثال) مسموح به. بعد ذلك يتوجه القائد للأعضاء قائلاً: "من هو العضو من هذه المجموعة الذي ترغبون بطرده ولا تحبونه؟ لماذا؟ "اطردوه الآن" غالباً ما تكون الاستجابة على هذا السؤال طوعية، لأن ليس كل الأفراد لديهم استعداداً ليعبروا عن عدائهم اتجاه الآخرين. أما بالنسبة للصامتين من أفراد المجموعة والممتنعين عن التعبير عما يشعرون به، فيمكن طرح سؤال آخر عليهم وهو "مع أي الأفراد من هذه المجموعة ترغبون بإقامة علاقة حب وود؟" "أسالوا واستفسروا فيما إذا كان ذلك الفرد راغباً بالتعاون معكم، وفي حال موافقته بإمكانكم ممارسة تلك التجربة، وإذا رغبتم بممارستها خارج نطاق هذه الغرفة، فباستطاعتكم الذهاب إلى غرفة أخرى وممارستها (علاقة الحب) لمدة خمس دقائق، ولكن انتبهوا لأن تعودوا قبل أن ينتهي الوقت؟" بعد ذلك يعمل قائد المجموعة على:

1. الاستفسار من الأفراد الذين اختاروا شركاءهم ومارسوا تجربة الحب داخل الغرفة عن مشاعرهم في تلك اللحظات.

2. الاستفسار من الأفراد الذين لم يختاروا ممارسة تجربة الحب مع أحد عن سبب ذلك؟
3. الطلب من الأفراد الذين اختاروا الخروج إلى غرفة أخرى لتجربة الحب، التحدث عن كل ما قاموا به بالتفصيل، وعن مشاعرهم في الدقائق الخمس.

بطريقة أو بأخرى، سيتم حث وتحفيز كل أعضاء المجموعة على المشاركة سواء قاموا بتجربة الحب مع الآخرين، أو لم يرغبوا بفعل ذلك. وهكذا تبيّن أن هذه الطريقة هي أكثر الطرائق إثارةً ونشاطاً في عملية علاج المجموعات الكبيرة حيث تساعد المشاركين على الانفتاح والكشف عن أنفسهم أمام الآخرين. وبذلك يمكن أن تفيد كمدخل ومقدمة للمشكلة التي يعاني منها الفرد، لأنها غالباً ما تبدأ بعفوية واندفاع من قبل الأفراد، كما تساعد على التنبؤ بخطوات سير العملية العلاجية.

وعلاوةً على ذلك، وفي حال توفر المزيد من الوقت، يمكن تكرار هذه الطريقة ضمن المجموعة وخاصة إذا أثبتت إيجابيتها في العلاج، لكن بشرط أن يختار الأعضاء أفراداً مختلفين عن الذين اختاروهم في التجربة الأولى.

طرق وإجراءات العلاج العقلاني الانفعالي:

يقول القائد: "اختر شخصاً ما من المجموعة، ممن تظنه قادراً على تقديم المساعدة في حل مشكلاته الأساسية، ثم أجلس معه في مركز المجموعة وحاول مساعدته في حل مشكلاته."وهكذا يتشجع الأعضاء على العمل مع الأعضاء الآخرين لحل مشكلاتهم. وبعد أن يستمع ويراقب باقي الأعضاء، يحاولون الانضمام والمشاركة في حل مشكلات الفرد الذي تم اختياره من قبل عضو المجموعة. وهكذا، خلال فترة تتراوح بين(7– 8) ساعات، يستطيع الأفراد التعبير عن أنفسهم والانشغال بتصرفات وأعمال غير لفظية (خاصة تجارب الحب)، بالإضافة إلى

المساهمة الجدية في حل المشكلات. وبذلك وبشكل افتراضي يمكن اعتبار الأفراد في جاهزية تامة لمزيد من التدقيق والتحقيق في مشكلاتهم الرئيسية، وبناءً عليه:

1. تشجع هذه التقنية العضو الآخر في المجموعة على اختيار مشكلة ما هي باعتقاده موجودة عند شخص ما.
2. تقدّم هذه التقنية الفرصة للقاء ودي بين فردين على الأقل في فترة حل المشكلة.
3. تشجع الأعضاء، سواء رغبوا في ذلك أم لا، على تقديم تفاصيل عن أفكارهم، مشاعرهم، وتصرفاتهم.
4. تُعد هذه التقنية العلاجية من العلاج العقلاني الانفعالي، الذي يعمل فيه المعالج على مراقبة المحاولات الفعلية للأفراد في مساعدة بعضهم على حل مشكلاتهم.

يتضح مما سبق، يخصص القادة فترة من المرحلة بحيث يكون فيها التمركز حول المشاركين، وذلك ليتم التأكد من أن لكل فرد وقتاً كافياً للتعبير والتصرف بحرية. وبعد ذلك يحاول القادة منح كل فرد من أفراد المجموعة من 20 دقيقة إلى ساعة من الوقت ليتكلموا فيها عن مشكلاتهم الخطيرة، ثم يساعدونهم بأسلوب عقلاني انفعالي على حل تلك المشكلات. وغالباً ما يتدخل القادة بشكل مباشر ليعلّموا الأعضاء مضمون الطريقة العقلانية الانفعالية في العلاج، والتي تؤكد على أن اضطراب البشر ليس نتيجة للأحداث السابقة في حياتهم والتي تقع في الموضع A، بل نتيجة لميولهم نحو التفسير غير العقلاني، وردود فعلهم غير المنطقية اتجاه تلك الأحداث.

وهكذا يشهد القادة المشكلات التي يقدمها كل فرد في المجموعة، وكيف يعمل الأعضاء الآخرون على التمييز بين ردود الفعل الملائمة، العقلانية، والمعقولة في الموضع B (كتلك الأفكار الناتجة عن الأحداث غير المرغوبة في الموضع A)، وردود الأفعال غير الملائمة واللاعقلانية في الموضع B (كتلك الأفكار الناتجة عن أحداث

مروعة، مرعبة، وفظيعة في الموضع A). وبتلك الطريقة يتبّين كيف يستطيع الأعضاء الاحتفاظ بأفكارهم ومعتقداتهم العقلانية، وكيف يتخلصون بالمقابل من اللاعقلانية منها، حيث يمكنهم تغيير انفعالاتهم وتصرفاتهم في الموضع C. ومثال على ذلك، تم التوضيح لإحدى النساء في المجموعة الكبيرة للعلاج العقلاني، في عدة مناسبات، بأنها كانت تتفاعل فقط كمعالجة في المجموعة، وكما كانت تعمل وتتصرف مع مرضاها (العملاء)، فلم تكن تكشف أو تظهر أي شيء عن حياتها الشخصية، وذلك لأنها كانت تشعر بذلك الكشف والظهور تهديداً لها. حدث وأن اختارها أحد الرجال في المجموعة لتعمل معه في المركز، وحاول أن يوضح لها كم كانت مراوغة ومتملصة خلال العمل (الماراتون)، وبمساعدة بقية الأعضاء في المجموعة استطاع ذلك الرجل الوصول إلى أعماق تلك المرأة، وجعلها تعترف بأنه يوجد لديها مشكلات خاصة لكنها كانت تشعر بالارتياح أثناء الحديث عن مشكلات الآخرين أكثر من التحدث عن خاصتها. لقد سببت حالة المرأة دهشة كبيرة لأعضاء المجموعة، لأنها أصبحت شديدة الاضطراب جراء فقدانها وسائل الدفاع التي كانت تحميها، وانفجرت بالبكاء واعترفت بأنه على الرغم من الهدوء الذي كان يبدو عليها، إلا أنها كانت تعيش حالة من اليأس الناتج عن فشلها في إقامة علاقة حب مع رجل، وما زال الفشل قائماً. بعد ذلك حاول الجميع إقناعها، بأن اعترافها بمشكلتها، يُعد خطوة جيدة في طريق العلاج، حيث كما أصر المعالج على معرفة سبب شعورها بالوحدة والعزلة. فقالت بأنها خضعت لعلاج في التحليل النفسي لمدة خمس سنوات وعرفت الأسباب التالية:

1. رفضها من قبل والدها عندما كانت طفلة وإصرارها منذ ذلك الحين على إيجاد رجل – كوالدها تماماً – تحبه وتتزوجه.
2. إن زوجها وكل الرجال الذين أحبتهم كانوا ضعاف معتمدين عليها، وبعكس ما كان عليه والدها من القوة.

اقتحم القائد حديثها قائلاً: "حتى لو كانت تلك هي حقائق حياتك الماضية، التي يصعب شرحها وتحديد سببها:

أولاً: حددت حاجتك بشكل مطلق وحتمي لحب أبيك، لا نريد أن نسألك لماذا.

ثانياً: أقنعت نفسك أنك بحاجة لتأييد وموافقة رجل قوي. فما هذا النظام الفكري والقيمي الموجود لديك منذ الصغر، وما زلت متقيدة به حتى الآن بحيث يحتّم حاجتك لحب رجل قوي؟"

إن الفكرة التي توصلت إليها تلك المرأة هي: إنه بسبب رفض وعدم موافقة والدها لها، هي بحاجة إلى قبول وتأييد رجل مثله. لكن القائد أصرّ على أن تلك الفكرة ليست مبرراً أو تفسيراً لمطلبها وحاجتها لحب والدها، أخيراً، تدخل أحد أعضاء المجموعة قائلاً: "ألا تعنين حقاً بأنه حتى عندما كنت طفلة، كنت تعتقدين بقوة أنه إذا عملت إحدى الشخصيات الهامة في حياتك – كوالدك مثلاً – على رفض سلوكك فإنها تعني بذلك رفضاً لك كشخص، وأن الطريقة الوحيدة التي تقبلين فيها وجودك، وحقك في العيش السعيد، هي أن يعمل كل الناس المهمين في حياتك – بما في ذلك والدك – على إطرائك بالقول "نحن نحبك كثيراً، وأنت عظيمة ومهمّة جداً بالنسبة لنا"؟.

أجابت المرأة: "نعم إنك على حق"، وتوقفت عن البكاء، وبدأت تنصت إلى ما كان يقوله أعضاء المجموعة لها، "لا أستطيع تحمل تلك الفكرة، فعندما كنت شابة، وكان ينفر مني أصدقائي لأي فعل أقوم به، كنت أفكر بأنه يتوجب عليّ التصرف بشكل حسن، كما يفترض أن أكون مقبولة من قبلهم، وعندما كنت أتخيَّل موقف رفضهم لي، كنت أكره نفسي."

أجاب أحد الأعضاء الآخرين بعفوية، "نعم" – "أعرف ما تعني، لقد شعرت بذلك تماماً عندما كنت مراهقاً. فإذا وضّح لي أحد والدي، أقربائي، أو حتى أصدقائي، بأنني تصرفت بسوء أدب، كنت أفكر بأنهم يتهمونني بقسوة ويحكمون

عليّ بدون عدل، أو كنت أحياناً أظن بأنهم على حق، وأنا شخص فاسد وسيئ! وقد اتضح الآن بأنني ما زلت أحمل تلك الفكرة، يخاطب المرآة قائلاً: "أنا مثلكِ تماماً اقيّم نفسي من خلال نظرة الآخرين لي".

قالت المرأة المضطربة "لقد أدركت الآن معنى فكرتي"."لقد اعتقدت بقوة بأنني لا أستطيع قبول ذاتي، حتى يقبلني الآخرون – ولا أستطيع الاستمتاع في حياتي ما لم يظن الآخرون بأنني أستحق ذلك."

أجاب القائد: "نعم، صحيح، يوجد لديك أفكار لا عقلانية تسبب لك الكثير من العزلة والشعور بقلة الشأن، فأنتِ لا ترغبين أو تفضلين بأن يرغب الآخرون أفعالك ويوافقونك عليها، بل تعبّرين عن حاجتك بشكل حتمي لقبولهم لك كي تستطيعين قبول ذاتك. والآن ماذا بوسعك أن تفعلي كي تختزلي هذه الحاجة الملحة وتغييرها إلى نوع من الرغبات أو التفضيلات؟

أجابت: "أظن بأنني سأتفحص أفكاري جيداً وأسأل نفسي، لماذا لا أستطيع فعل ما أرغب أو أفكر بفعله، ما لم أحصل على موافقة وتأييد الآخرين لي"؟

قال عضو آخر في المجموعة: "سوف تكونين على صواب إذا استطعت تدقيق وتفحص أفكارك." وقد كان هذا، حتى اللحظة التي تحدث فيها، معارضاً لاستخدام التحليل العقلاني الانفعالي الذي كان يحدث في الماراتون، وراغباً بتجارب فردية فقط. وتابع قائلاً "ما لم تتفحصي أفكارك، وما لم تتخلي عن أفكارك الحمقاء، فسوف تستمرين بالمعاناة إلى الأبد، كما هي حالك الآن".

قال القائد: "نعم". "دعونا نبحث عن نوع النشاط والواجب الذي سنكلفها به، حتى نساعدها على التخلص من الأفكار: يجب أن أحصل على حب الآخرين ودعمهم".

اقترح أحد أعضاء المجموعة بأنه كلما تناقش تلك المرأة المضطربة مشكلات الآخرين في الماراتون (عمل المجموعات)، تعمل على ربط تلك المشكلات مع أفكارها الخاصة الكامنة وراء المشكلات التي تعيشها.

قبلت المرأة الواجب الذي كُلفت به، وعملت على تنفيذه خلال فترة العمل مع المجموعة، وصرحت في النهاية بأنها كانت تدرك أفكارها بشكل تلقائي، وبشكل أكثر وضوحاً من السابق بالإضافة إلى إدراكها إلى كيفية مقاومتها وتغييرها.

طرق وإجراءات التطويق Closing Procedure:

بعدما وصل العمل في الماراتون إلى ثلثي مدته، تم تقديم نسخة معدلة من تمرين (Frit2 Perls) المسمى بـ الكرسي اللاذع – أو كرسي الاعتراف. وقد عُدلت النسخة الأصلية لأنها كانت غير فعّالة حيث تجبر كل فرد على الجلوس على ذلك الكرسي بالإضافة إلى التعليق على كل شخص يجلس عليه. أما في العلاج العقلاني الانفعالي، فيتم تشجيع كل المشاركين (دون إجبار) على الجلوس في مركز الغرفة على ذلك الكرسي، حيث يُشجع باقي الأعضاء على إخباره الفرد الجالس عن أفكاره ومشاعره وتصرفاته السلبية والإيجابية أثناء عمله في المجموعة (الماراتون). كما لا يسمح للفرد الجالس على الكرسي بالإجابة أو المقاطعة أثناء سماع تعليقات الآخرين، بل ينتظر حتى النهاية ويعبر عما يريد بإيجاز.

في ساعات التطويق التي تتم خلال عمل المجموعة، يحدد القائد الأفراد الذين لم تتم مناقشة مشكلاتهم بعد، حيث يسألهم عن سبب عدم تعبيرهم عن انفسهم بشكل جيد، ومناقشة مشكلتهم الرئيسية بشكل منفتح أمام الآخرين. يمكن تكرار الإجراء السابق أكثر من مرة بهدف معرفة مدى التقدّم الذي أحرزه أعضاء المجموعة. وخاصة المتنعين منهم عن المشاركة ومن الممكن أن يكون ضمن عمل الماراتون أيضاً حلقة دائرية يتم من خلالها طرح إجابة السؤالين التاليين:

1. ما هي التجارب والأشياء الأكثر أهمية التي تعلمتها خلال عملك مع المجموعة؟
2. ما هي الأمور والأشياء التي لم تخبرها لأفراد المجموعة عندما سنحت لك الفرصة لذلك؟ يرجى إخبارها الآن.

وفي نهاية النصف ساعة لعمل المجموعة، يختار القائد أحد الأعضاء للجلوس في مركز الغرفة وإخبار باقي أعضاء المجموعة بما يلي: "أي شخص لديه فكرة أو اقتراح حول نوع المهمة التي يمكن تكليف الفرد ما بها بحيث يمكن أن تساعده في حل بعض مشكلاته، وفي العيش بسعادة في المستقبل، فليطرح اقتراحه الآن." وبعد نهاية عمل المجموعة في الماراتون، يتم تحديد تاريخ بعد (6 أو7) ستة أو سبعة أسابيع، حيث تتم دعوة أعضاء المجموعة للعودة ثانية وقضاء أربع ساعات في مناقشة النتائج التي توصلوا إليها نتيجة العمل في المجموعة، وفي ما أنجزوه أو فشلوا في إنجازه من المهام الموكلة إليهم، وما هو شعورهم حول المشاركة في أعمال من نفس النوع في المستقبل.

الاختلافات عن الأعمال الأخرى للمجموعات الكبيرة:

يعدُّ العمل في مجموعات المواجهة ضمن الماراتون طريقةً أساسية في العلاج العقلاني الانفعالي، وإن ما يميزه عن الماراثونات الأخرى هو النقاط التالية:

1. يعتمد الأسلوب المباشر.
2. يشجع الأعضاء في المجموعة على العمل التعاوني والتشاركي خلال فترة محدودة من الزمن.
3. يبدأ بإجراءات وطرق تعبيرية وانفعالية وتجريبية، وينتهي بتخطيط واعٍ ومُدرك لحل المشكلات.
4. مصمم بشكل أساسي كوسيلة للعلاج، وليس مجرد عمل مسلٍ.
5. يتضمن طرقاً معرفية – انفعالية – سلوكية عقلانية، وخاصة في النصف الأخير للعمل في المجموعات.

6. يمكن إدارته بقائد مجموعة مدرّب جيداً على العلاج النفسي، وقادر على المساعدة ومنع الضرر والخطر عن الأفراد المضطربين.
7. لا يتضمن فقط الأفراد العاديين الذين يرغبون بالتقدم والنمو في حياتهم، وإنما يمكن أن يتضمن الأفراد المضطربين القادمين للحصول على المساعدة في حل مشكلاتهم. ولأنه لا يوجد هناك حاجة للمشاركين في عمل المجموعات الكبيرة للعلاج العقلاني الانفعالي في أن يكونوا قد تلقوا علاجاً سابقاً – سواء كان علاجاً فردياً أم جماعياً– فإنه يتم استثناء بعض حالات الاضطراب الشديدة كالفصام والهوس من المشاركة في الماراتون، لأنه من غير المحتمل أن يحققوا أية فائدة عن طريق هذا النموذج من العلاج فقد يتدخلوا في مشكلات الآخرين بطريقة هادمة. وإذا كان من الصعب استثناء أولئك الأفراد من المشاركة، تتم نصيحتهم بإتباع جلسات في العلاج الفردي بحيث تساعدهم في مقاومة اضطراباتهم التي يمكن أن تنشأ أثناء العمل مع المجموعة.

وخلال عمل إليس في العلاج العقلاني الانفعالي وبشكل خاص قيادة المجموعات الكبيرة، لم يجد أية ضرورة لاستثناء أي عضو من المشاركة في الماراتون. لكن كان هناك حوالي نصف دزينة من أصل ألف (1000)، ممن غادروا المجموعة بشكل طوعي لتلقي العلاج الفردي، ومن ثم العودة للعمل الجماعي. وهكذا يمكن اعتبار أن مجموعات المواجهة في العلاج العقلاني الانفعالي، مصممة خصيصاً للإجابة على الاعتراضات الموجهة لها في مضمار ما يسمى الطاقة البشرية الكامنة (Howard, 1968, Lasch, 1978).

وفيما يلي بعض تلك الاعتراضات تجيب عليها طرق العلاج العقلاني الانفعالي:

1. قد تكون الحركة غير مسؤولة من الناحية النفسية، لأنها يمكن أن تساهم في هدم وسائل الدفاع عند بعض الأفراد المضطربين بحيث تجعلهم منفتحين دون أي تحفظ، وبالتالي تقود إلى نتائج ضارة. لذلك تساعد مجموعات المواجهة في العلاج العقلاني الانفعالي الأفراد في أن يكونوا أقل حساسية وذلك من خلال

إدراك ومقاومة، وتغيير أفكارهم اللاعقلانية الهادمة للذات، كما تساعد المشاركين على التغيّر والاستمرار في حياتهم المستقبلية بشكل فعّال.

2. إن مجموعات المواجهة غير ثقافية: وهذا لا ينطبق على مجموعات المواجهة العقلانية الانفعالية، حيث تشجع بقوة العمليات العقلانية المعرفية والثقافية. وكما هي الحال في العلاج العقلاني الانفعالي الفردي والجماعي، يتم تعليم المشاركين على كيفية طرح السؤال، ومقاومة الافتراضات اللاواقعية، وأيضاً كيفية استخدام الطريقة العلمية في حياتهم اليومية.

3. يمكن للحركة أن تولّد النرجسية: تنشأ النرجسية أو العظمة الطفولية من فكرة لا عقلانية وهي شعور الفرد بأنه مهم جداً، وعلى العالم أن يلتف حوله ويقدره. وهكذا يتعلم المشاركون في الماراتون بأن هذه الفكرة سخيفة للغاية، أنهم بشر يعيشون في وسط اجتماعي، وأنه يمكن الاهتمام بالذات مع المحافظة على التآلف والتواؤم مع الآخرين، وأن حب الآخرين لا يهدد اعتبارهم كأشخاص. كما يتم التوضيح لهم بأن المبدأ الأساسي للأخلاق والفضيلة هو: "كن على صواب مع ذاتك، وأبحث عن اهتماماتك الخاصة." لكن مع المحافظة على النتيجة الطبيعية لهذا المبدأ وهي. "لا تسبب الضرر للمخلوقات البشرية الأخرى، وحاول الحصول على قبولهم وتعاونهم، بحيث تستطيع العيش بسلام، وتحقق الفائدة والمنفعة لك ولمن تحبهم من حولك." .(Ellis, 1965,1973,Ellis & Becker, 1982)

4. إن المشاعر المتولدة أثناء العمل في مجموعات المواجهة. لا يمكن أن تستمر ولا يمكن زراعتها في تربة الحياة الواقعية. إن العلاج العقلاني الانفعالي لا يستحث المشاعر لأجلها ذاتها، مع إنها غالباً ما تكون مشاعر رضا وود، ولا خطأ في ذلك. ولكنه يستحث المشاعر المبنية على أساس الاستيعاب المعرفي والنشاط السلوكي. وهكذا يمكن الاستمرار في الحصول على نتائج جيدة.

علاوة على ذلك، لا يشجع العلاج العقلاني الانفعالي التعبير الواضح عن العدائية لأجل العدائية ذاتها، ولكن ليساعد الأفراد المعبّرين عن تلك المشاعر في إدراك أفكارهم اللاعقلانية الكامنة وراء تلك الانفعالات، والعمل على تغييرها وتطبيق ذلك في الحياة الواقعية بحيث يصبحوا أقل عدائية مع رفاقهم، موظفيهم، أطفالهم، والمقرّبين من حولهم.

5. يمكن لمجموعات المواجهة أن تستخدم في غسل الدماغ: يتعلم المشاركون في علاج المواجهة العقلاني (كما يفعلون في العلاج العقلاني الانفعالي) تدقيق ومقاومة افتراضاتهم الخاصة، التفكير بشكل أكثر وضوحاً واستقلالية، واستخدام الطريقة العلمية في النظر إلى أفكارهم كافتراضات، وليس كحقائق مطلقة، بالإضافة إلى مواصلة العمل لإثبات تلك الافتراضات. وبذلك يصبح الأفراد أقل اشتراطاً، أقل حاجة لدعم الآخرين، كما يصبحون أقل عرضة لغسل الدماغ من قبل الأفراد أو المجموعات، بشكل يحقق لهم ذاتهم وكيانهم كأفراد.
6. يمكن للحركة أن تولد نوعاً من النخبة الانفعالية: لا تشجع مجموعات المواجهة الأفراد على أن تغلب أفكارهم على مشاعرهم، ولا مشاعرهم على أفكارهم. بل تعمل على أن يكون هناك توازناً معقولاً بين الفكر والعاطفة، وتشير إلى أنه يوجد هناك بعض الانفعالات الهادمة للذات التي تستدعي إحداث تغيير في الأفكار اللاعقلانية القاطنة وراءها. وهكذا يصبح المشاركون في نهاية العمل في الماراتون قادرين على تحكيم عاطفتهم وتفكيرهم بشكل فعّال ومنتج لهم وللعالم من حولهم.
7. إن الحركة الكامنة المحتملة التي يقوم بها الأفراد هي حركة معقدة: هذا بالتأكيد لا ينطبق على العلاج العقلاني الانفعالي، لأن تعليمات القائد الموجهة للمجموعة هي تعليمات مباشرة، بسيطة، ومختصرة. وإن التقنيات المعقدة – Gimmicky – للتمارين الجسدية مثل، الإدراك الحسي، والرقص، والسباحة، والمصارعة، وغيرها من الحركات الظاهرية التي تطبق يومياً في

مجموعات المواجهة قلّما تستخدم في العلاج العقلاني الانفعالي (مع إنه لا يوجد هناك سببُ يمنع استخدامها)؛ فالأعمال التي يقوم بها الأفراد في الماراتون يمكن تطبيقها في الحياة العملية على الرغم من عدم إمكانية ممارستها في منتصف العمل الجماعي.

8. إن مجموعات المواجهة أشبه بالعمل من أجل المتعة فقط: يتجه المشاركون في الماراتون في العلاج العقلاني الانفعالي، إلى إمتاع أنفسهم من خلال ما يقومون به من أعمال. لكن لا يُسمح للسعادة اللحظية بالتدخل أثناء العمل، حيث أن الهدف الرئيس لمجموعات المواجهة هو مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم، وفي أن يكونوا قادرين على إحداث تأثيرات وتغييرات في شخصياتهم. وعلى الرغم من أن السعادة والرضا هما من البوادر الحسنة، إلا أنه لا يمكن اعتبارهما مؤشراً لنجاحٍ علاجي ملحوظ. فمن المفترض أن يعمل البشر بجدٍ نحو تعديل وتغيير أفكارهم اللاعقلانية خلال وجودهم في المجموعة والاستمرار بذلك في حياتهم الواقعية.

9. إن عملية المواجهة أو تدريب الحساسية عملية غير فعالة: غالباً ما يحدث في مجموعات المواجهة الأخرى أن يبقى أعضاء المجموعة صامتين دون مشاركة، كما يتم طرح عدد قليل من المشكلات الخطيرة، بالإضافة إلى إضاعة الكثير من الوقت على اللغو والدردشة. بينما في العلاج العقلاني الانفعالي، تُصمم مجموعات المواجهة خصيصاً للتقليل من عدم الفاعلية السابقة الذكر، وللاستفادة من كل دقيقة متوفرة من الوقت بشكل منتج وفعّال بهدف حل مشكلات كل عضو من الأعضاء المشاركين.

10. تعمل الطاقة البشرية الكامنة في السباق الطويل المدى (مجموعات المواجهة الماراتون) بشكل علاجي مضاد. يمكن أن يكون هذا صحيحاً في جوانب ومجالات محددة للطاقة. حيث يبدو أن المخلوقات البشرية تصبح أسعد، وأكثر إبداعاً، وأكثر قدرة على توجيه الذات، وأقل قلقاً واضطراباً، وأقل عدائية عندما تُغيّر بعضاً من تصرفاتها وافتراضاتها اللاعقلانية والطفولية.

خلاصة الافتراضات:

1. يوجد هناك حاجة ماسة وملحة لقبولهم وتأييدهم مِن قبل مَن يعنون لهم الكثير في حياتهم.
2. يجب عليهم أن يكونوا مؤهلين للقيام بأي عمل، ومنجزين في كل المجالات، كي يستطيعوا تقدير واحترام ذواتهم.
3. إن البشر بمجملهم، بما فيهم أنفسهم، سيئين، ضعفاء، وأنذال عندما يتصرفون بشكل غير أخلاقي، ويجب إدانتهم ومعاقبتهم لأجل ذلك.
4. من الفظيع والممهد للكوارث أن لا يتم إشباع رغباتهم مباشرةً، وحدوث الأمور التي يودون حدوثها.

وهكذا نجد، أن العلاج العقلاني الانفعالي يعمل على مساعدة المشاركين في المجموعات على إدراك أفكارهم الأساسية الهادمة لذاتهم، وعلى كيفية التخلص من تلك الأفكار اللاعقلانية أو تغييرها واستبدالها بالعقلانية منها التي تقود بدورها إلى تعديل السلوك واكتساب مهارات شخصية. وفي نهاية العمل العقلاني الانفعالي لمجموعات المواجهة كانت الكلمة الأخيرة في ذلك العلاج الجماعي هي: ما زال استخدام طرق العلاج العقلاني الانفعالي على أساس المجموعات الكبيرة قائماً في الجمعية التي أسسها إليس، بالإضافة إلى تحسينات كثيرة. فقد أثبت هذا النموذج فعاليته – لما أكتسبه أعضاء المجموعات من طرق مبدعة وخلاقة في العيش في هذا العالم – أكثر من الطرق الأخرى. ونحن نتمنى أن يكون استخدام وتطبيق هذا النموذج من العلاج العقلاني الانفعالي أكثر فاعلية في المستقبل.

الفصل التاسع



استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في حالات الإدمان

الفصل التاسع

استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في حالات الإدمان

- مفهوم الإدمان على المخدرات.
- سمات شخصية المدمن.
- الاضطرابات النفسية للإدمان.
- أسباب الإدمان.
- نظريات الإدمان.
- العلاج العقلاني الانفعالي للإدمان.

استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في حالات الإدمان

مقدمة:

تمثل مشكلة الإدمان أزمة خطيرة على المستوى: الصحي والاقتصادي والاجتماعي والنفسي والأسري للكثير ممن يسقطون في دوامة الإدمان. حيث يحول الإدمان ضحاياه إلى أناس غير قادرين على التوافق السليم مع مجريات الحياة اليومية، مما يشلهم ويجعلهم عالة على أسرهم ومجتمعهم الذي في أمس الحاجة إليهم، وذلك للمساهمة والمشاركة في بناء المجتمع تقدمه. وإذا كانت مشكلة تعاطي المخدرات بأنواعها المختلفة مشكلة قديمة قدم الوجود البشري، إلا أنها أصبحت آخذة في التفاقم والازدياد والانتشار في هذه الأيام، وأضحت فيها الصراعات الأخلاقية والحضارية والاجتماعية والنفسية.....سمة العصر ومتغير من متغيراته.

ويعتقد بعض الكتاب الغربيين أن النظرة الأخلاقية لمسألة الإدمان هي التي عطلت التقدم العلمي في ابتكار طرائق فعالة في التصدي لمشكلات الإدمان من حيث العلاج الناجح، وكذلك فهم القوى والمؤثرات الدينامية (على المستوى الشعوري واللاشعوري)التي تكمن وراء الإدمان.

من هنا يمكن القول: بأن مشكلة الإدمان متعددة الجوانب والأبعاد؛ فالفرد الذي يعاني سوء الصحة والضعف العام، أو الذي يعاني مرضاً جسمياً أو نفسياً تبدو كمشكلة من الوهلة الأولى؛ لأنها مشكلة فردية جسمية كانت أم نفسية، ولكنها في حقيقة الأمر مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب سواء بالنسبة للفرد من حيث سعادته وتكيفه مع أسرته وعمله ورفاقه والآخرين المحيطين به، وبالنسبة للمجتمع من حيث الخسارة الاقتصادية، وزيادة في النفقات، وتدني الإنتاجية الفردية.

لذلك، يمكن النظر إلى مسألة الإدمان من عدة زوايا كما نوضحها في الآتي:

فمن الناحية القانونية والاقتصادية يعد الإدمان على المخدرات مشكلة قانونية، لأن الأفراد المتعاطين أو التجار يصطدمون بقوانين المجتمع وأعرافه وعاداته، وفي ذلك ضياع للقوى البشرية وتعطيل لها، كما هو تعطيل وضياع لقوى الدولة؛ فالقانون ينظر إلى تعاطي المواد المخدرة والاتجار فيها جريمة في حق المجتمع.

إن الدولة تنفق أموالاً في مكافحة المخدرات ومحاكمة الأفراد المتعاطين الذين يقعون في قبضة العدالة، إضافة إلى برامج التوعية المجتمعية التي تقوم بها الجهات المختصة. والأدوية التي تصرف لمعالجة الأفراد المتعاطين وهي أدوية باهظة الثمن.... فكان من الأولى أن تستغل هذه الأموال لرفع مستوى المواطنين الاقتصادي والاجتماعي وتصرف نفقات معالجة مشكلة الإدمان في تأمين لقحات خاصة بالأطفال الذين يعانون من الشلل. وهناك خسارة اقتصادية للفرد نفسه أيضاً من حيث هو قوة عاملة معطلة عن العمل والإنتاج. وهذا الأمر يتطلب إنفاقاً عليه من قبل ذويه، بدل من أن يقوم هو في المساهمة في رفع المستوى الاقتصادي لنفسه ولأسرته.

ومن الناحية السياسية؛ تعد ظاهرة الإدمان مشكلة سياسية مرتبطة بالاستعمار وأتباعه؛ فالاستعمار يعمل على نشر المخدرات بهدف أضعاف قوة الشعب حتى يصبح في حالة لا تسمح له بالمقاومة أو التحرر، كذلك أتباع لهم نفس المصلحة حتى يظل الشعب في حالة من التخدير تسمح للاستعمار بتحقيق مصالحه.

للإدمان أيضاً مشكلاته الصحية التي تتعلق بالجانب الجسمي من ناحية وبالجانب النفسي من ناحية أخرى؛ فالمادة المخدرة أياً كان نوعها تؤثر على أجهزة الجسم المختلفة، كوهن الجسم وضعف المناعة، وضعف الطاقة الجنسية...كما

تؤثر على الجانب النفسي، كزيادة التوتر العصبي في لحظة عدم توفر المادة المخدرة، والقلق الشديد والاكتئاب والوهن النفسي، والشعور بالملل، والنظرة التشاؤمية نحو الحياة، والشعور بالعزلة الاجتماعية، والعدائية .....حيث يعتقد كثير من علماء النفس أن تعاطي المواد المخدرة بأشكالها المختلفة ما هو إلا عرض ودلالة من اضطراب نفسي يعاني منه المدمن، لذلك يلجأ إليه الفرد للتخلص من صراعاته واحباطاته وفشله في تحقيق أهدافه.

كما تعد مشكلة الإدمان مشكلة اجتماعية بالدرجة الأولى، حيث يعاني منها جميع شرائح المجتمع ومستوياته: الثقافية والاقتصادية، المدنية والقروية، المتعلمة وغير المتعلمة، كباراً وصغاراً، رجالاً ونساء...فعلى سبيل المثال فإن تأثير الإدمان على الأسرة كبير جداً، حيث يؤدي إلى تقويض دعائمها، وتفكيك عرى الروابط بين أفرادها، وزيادة المشكلات بين الزوجين من جهة وبين الزوجين والأولاد من جهة أخرى، وقد يؤدي الأمر إلى طلاق الزوجين، وضياع الأولاد... وانزلاقهم في نفس الطريق الذي سلكه أبوهم أو أمهم، كما أن الأسرة التي يوجد فيها شخص مدمن تفقد جزءاً من دخلها نتيجة تأمين المادة المخدرة.

تعريف الإدمان:

استمرت محاولات التفرقة بين الإدمان والتعود منذ العشرينات وحتى أوائل الستينات من القرن العشرين، بوصف التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان، إلى أن انتهت بتوجيه هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين: الإدمان والتعود على أن يحل محلها مصطلح الاعتماد.

وهناك نمطان للاعتماد: الاعتماد النفسي، والاعتماد العضوي.

ويقصد بالإدمان: التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية أي مواد لها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كلاهما.

كما يعرف بأنه حالة التسمم الدوري أو المزمن الذي يؤثر على الفرد والمجتمع من جراء التعاطي المستمر للعقار.

ويعرف الإدمان أيضاً بأنه التعود على الدواء، والتي هي حالة نفسية وأحياناً تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية (الفرد) والدواء، ويتصف هذا التفاعل باستجابات سلوكية تتضمن صفة القهر الذاتي في تناول الدواء تناولاً مستمراً أو متقطعاً من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتحاشي التوتر الناجم عن الانقطاع عنه

وهناك ثلاث أنواع من الأدوية التي تحدث التعود على الدواء، هي:

- الأدوية ذات التأثير المهدئ: وتتضمن المسكنات المخدرة مثل(الأفيون، الأدوية المنومة من عائلة الباربيتوريات).
- الأدوية ذات التأثير المنشط: مثل الامفيتامين.
- الأدوية المحدثة للهلاس: مثل المسكلين والـ.ل س.د والبسيلوسبين، والقنب الهندي.

وهناك تمييز بين التعود العضوي والتعود النفسي:

- الاعتماد النفسي: موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب. وفضلاً عن ذلك إن الاعتماد النفسي يمتد ليشمل الدرجات البعيدة من التورطات الشخصية في استخدام الدواء، تلك الظاهرة التي كثيراً ما تشاهد عندما يلجأ مستخدم الدواء إلى تبديل حياته تبديلاً جذرياً، بحيث تصبح حياته وقد تمحورت حول تعاطي الدواء والإدمان عليه.
- الاعتماد العضوي: حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة، أو في حالة معاكسة

تأثيرها نتيجة لتناول عقار مضاد، وتعرف هذه الأعراض بأعراض الانسحاب، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي.

وقد يدمن الفرد نتيجة إساءة استخدام الدواء، والذي يعرف بأنه الاستخدام المفرط للدواء استخداماً متواصلاً من حين إلى آخر بشكل يخالف التوصية الطبية.

وقد جاء في الدليل التشخيصي الرابع لجمعية الطب النفسي الأمريكي صورة كاملة عن الإدمان وهي كما يلي:

1. وجود تحمل يعرف بواحد من:

أ. وجود احتياج لزيادة كميات المادة المخدرة من أجل الوصول إلى الأثر المطلوب.
ب. انخفاض ملحوظ في الأثر مع استمرار استعمال نفس المقدار من المادة النفسية.

2. وجود أعراض انسحاب كما تظهر إما في الانسحاب نفسها أو في الاستمرار في التعاطي من أجل تحاشي حدوثها.
3. كثيراً ما يتم التعاطي بكمية أكبر، أو لفترة أطول مما كان الفرد ينوي في البداية.
4. توجد رغبة حاضرة أو جهود فاشلة في التحكم في تعاطي المادة أو التوقف عنها.
5. قضاء وقت كبير في النشاطات الضرورية للحصول على المادة أو تعاطيها أو الشفاء من أعراضها.
6. التخلي عن ممارسة الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو الترفيهية بسبب تعاطي المادة.
7. الاستمرار في تعاطي المادة رغم معرفة المدمن، وأن مشاكله النفسية أو الصحية يغلب أن يكون سببها تلك المادة.

سمات الشخصية المدمن:

يميل الشخص المدمن إلى عدم النضوج والسلبية، والاعتماد على الغير، والعجز عن تحمل خبرات الفشل مع وجود مستويات عالية من الطموح غير الواقعي. كما أن لا يتحمل النقد ولا الفشل، ويمتاز بالحساسية الانفعالية المفرطة، ويميل إلى الاعتداد بنفسه، ويعاني من الشعور بالنقص وعدم التوافق.

ويدّلنا التاريخ الطفولي لهؤلاء المدمنين أنهم كانوا يخضعون لمنهج ثابت من الحماية الزائدة من قبل آبائهم، وهذا ما أدى إلى نمو القدرة على الاعتماد على الذات والاستقلال وإلى نزعة مبالغ فيها في أهمية الذات تلك التي لا تصمد في مواجهة متطلبات الحياة المختلفة.

ويبدو من ذلك، أن المدمن غير ناضج ويمتلك مستوى غير واقعي من الطموح، ويصبح بذلك غير مستعد لبذل الجهد لتحقيق النجاح في الحياة. من هنا يلجأ المدمن إلى الإدمان لتحقيق تكيف غير سوي ومزيف.

الأمراض الجسمية للإدمان:

ونذكر من بين الأمراض مايلي:

1. أمراض تصيب الجهاز العصبي:

ومن أعراض هذا التأثير على الجهاز العصبي مايلي:الارتعاش، والهمود، والعصبية، والأرق، والاضطرابات الجنسية.

2. أمراض تصيب الجهاز الهضمي:

إن المواد السامة التي يدمن عليها الفرد قد تؤثر على جهازه الهضمي أحياناً فتعرضه إلى التهابات تصيب غشاء المعدة والأمعاء، والتي تؤدي بالتالي إلى تقرحات

تصيب هذه الأجهزة، ومن ثم الشعور بالألم الشديد، مع ضعف في الشهية، وعسر في الهضم،والإسهال، وحرقة وريح البطن وانتفاخه...

3. أمراض تصيب الجهاز التنفسي:

مثل، انقطاع النفس، التهاب الشعب الهوائية، والنزلة الصدرية، والسعال، والتهابات الحنجرة، والحساسية الصدرية ...

4. أمراض تصيب القلب والدم:

هناك أمراض كثيرة تصيب هذه الأجهزة نتيجة للإدمان نذكر منها: فقر الدم، واضطرابات في الدورة الدموية، واللوكيميا (سرطان الدم) والجلطة القلبية.

الاضطرابات النفسية للإدمان:

ينجم عن الإدمان Addiction أو الاعتماد Dependence على بعض المواد أو العقاقير اضطرابات نفسية وعقلية وسلوكية متنوعة، ومن أهم هذه المواد: الكحول، والأفيون، والحشيش، والكوكائين، والكافيين، والمهدئات، والمنومات، والمهلوسات، والنيكوتين، والمنبهات المتبخرة المستنشقة وأية عقاقير أو مواد ذات أثر نفسي.

ويؤدي تعاطي العقار حالة من التسمم الحاد التي يترتب عليها تغيرات في السلوك والوجدان، وفي الوظائف العقلية. وتشير زملة الاعتماد إلى مجموعة من المظاهر الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية التي تلي استخدام مادة أو عقار ما بشكل متكرر، مع رغبة جارفة في استخدامه برغم من مضاره بحيث تتحكم المادة في الشخص، ويكون لها الأولوية على أية التزامات أخرى، كما أن للاعتماد خاصية مهمة في زيادة احتمال المادة بمرور الوقت، مما يعني تزايد الجرعة حتى يحصل على الأثر نفسه الذي كانت تحدثه جرعات أقل. وإذا توقف الفرد مؤقتاً أو بشكل دائم عن الاعتماد على المادة حدثت له حالة من الانسحاب Withdrawal وهي مجموعة

متعددة من الأعراض تشمل: الأرق والضيق والقلق والاكتئاب والتهيج والرعشة واضطراب النوم والهلاوس، والضلالات. بالإضافة إلى اضطرابات ذهانية، النسيان........

أسباب والعوامل المهدة للإدمان:

هناك أسباب كثيرة للإدمان قد تكون متداخلة ومتفاعلة مع بعضها البعض، ولا يمكن الفصل بين الأسباب النفسية (الذاتية) والأسباب الاجتماعية. ومن أجل التوضيح يمكن أن نقسم تلك الأسباب وفقاً لما يلي :

أولاً: الأسباب البيولوجية (وراثية):

دلّت بحوث التوائم المتماثلة وانتشار الإدمان في أسر معينة على صحة الافتراض الذي يؤكد على أهمية العوامل الوراثية في الإدمان. حيث لوحظ أن الإدمان يزيد في عائلات معينة، حتى أن مدمن الكحول على سبيل المثال يزيد الإدمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الآباء غير المدمنين. كما لوحظ أن التوائم المتماثلة يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة.

- وجود آلام جسمية مزمنة مثل آلام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطاني.
- إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه اعتماد.

ثانياً: الأسباب النفسية:

هناك الكثير من العوامل النفسية التي تساعد على تعاطي الشخص المخدرات، وأهم هذه العوامل: القلق والاكتئاب، والإحباط، والشخصية الاتكالية الباحثة عن اللذة والقابلية لاستهواء الرفاق، الهروب من الواقع المؤلم كأسلوب من أساليب تحطيم الذات، ضعف الذات، المشاعر السلبية التي يشعر بها المدمن،

والأمراض النفسية والعقلية، الدافع الجنسي... لذلك سوف نتحدث عن بعضها باختصار:

1. الاكتئاب: إن فقدان الحب وخاصة حب الأم هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب سواء أكان المريض لم يعد محبوباً، أم لم يعد يشعر أنه محبوب، أو من جهة أخرى لم يعد يسعه أن يحب أو أن يكون محبوبا. وهكذا فإن انقطاع علاقة متبادلة من الحب نجدها في أساس كل حالات الاكتئاب. ولما كان المدمن يهرب من الاكتئاب المعاش لخلق حالة من النشوة والسعادة نجد أن ابتعاد الموضوع لديه يمكن أن يستشعره فقداناً بل إن الابتعاد لا يقتصر على المعنى المكاني، بل يشمل الابتعاد المعنوي أو العاطفي.
2. التداخل بين الاضطرابات النفسية والإدمان: والسؤال الذي يطرح نفسه هنا، هل نحن عادة نكون سواء في المرض النفسي أو الإدمان نحو أنماط نقية خالصة لا تخالطها مظاهر وسمات وأنماط أخرى؟. والإجابة ببساطة هي النفي، فعادة ما نعتقد إننا أمام صور مختلطة تجمع بين أكثر من نمط، حيث يؤكد أود جريد (1973) أن مشكلة وجود عصاب نقي وذهان نقي هي مشكلة أثارت الكثير من الجدل، فمن الواضح تماماً أن هذا المفهوم غير موجود، ولدينا الأسباب التي تجعلنا نخشى ألا نصل إليه في المستقبل القريب. كما أن الطب النفسي لن يكون قادراً على التقدم إلا إذا قرر أن يتخلى علانية عن كل ما يتعلق بالتصنيفات التشخيصية المتعلقة بالأمراض النفسية. وعلى هذا نجد في كثير من الأحيان أن صورة المدمن ليست صورة نقية تماماً، بل هي مختلطة بسمات مرضية متباينة سواء عصابية أو ذهانية أو سيكوباتية.. الخ. كما أن مفهوم الإدمان نفسه يندرج في ثلاث مراحل أو أشكال وهي:

أ. الإدمان الكامل: وهي حالة متكررة من تعاطي مخدر معين، مصحوبة برغبة قهرية للاستمرار في التعاطي، وزيادة الجرعة واعتماد الجسم فسيولوجياً ونفسيا على آثار المخدر، وإذا امتنع المدمن عن تناوله يتعرض لأعراض

الامتناع الشديدة التعاسة، وما يصاحبها من هدم للطاقة الجسمية والعقلية، وانخفاض في مستوى الطموح.

ب. الاعتياد: وهو ذلك السلوك الذي يمارسه الفرد في شرب المخدرات وتتعلق دوافعه هنا بحاجة نفسية بحتة، كهروبه من لقاء الناس وعجزه عن مواجهة متطلبات الحياة ومشكلاتها، فهو إشباع لحاجة نفسية متعلمة، والتخلص من هذا السلوك في مرحلة الاعتياد أمر ميسور أن صدقت العزيمة، وابتعد الممارس عن إجراء تلك العادة. فالاعتياد إذا استمر بصورة منتظمة يصبح إدماناً.

ج. التعاطي الاجتماعي: ويتم في المناسبات الاجتماعية حيث يميل أصحاب هذا النمط ليس فقط إلى الشرب في المناسبات بل يميلوا إلى اختلاق المناسبات لتبرير الشرب.

3. أفكار خاطئة تتعلق بالجنس:

فمنذ أقدم العصور كانت الخمرة وبعض المخدرات المعروفة آنذاك تستخدم لأسباب كثيرة، ولكن السبب الأكثر شيوعاً وأهمية هو تأثيرها على النشاط الجنسي؛ فالمتعاطي لهذه المواد كثيراً ما يأخذها لينشط أو ليطيل أو يختصر أو يستبدل أو يعدل أو يغطي على النشاط الجنسي، واستخدام نوع معين من المخدرات يرتبط بالتوجيهات الجنسية لدى الشخص ذاته في مجتمع معين، حيث يبحث الشخص عن أنماط بذاتها من التعبير الجنسي أو الاستجابة الجنسية. وتبدي المجتمعات المختلفة اهتماماً خاصاً بأنماط تعاطي المخدرات لدى الشباب الذين هم في أقصى درجات النشاط الجنسي. وقد ذُكر في إحدى الدراسات المتعلقة بآراء الشباب حول أثر المخدرات على الدافع الجنسي أجاب 77٪ من المتعاطين بأنهم تحت التأثير المباشر للحشيش يستغرقون في أداء الاتصال الجنسي مدة أطول من المدة التي يستغرقونها بدون مخدر. وذكر 80٪ منهم بأنهم يشعرون وهم في حالة التخدير برغبة في ممارسة الجنس أقوى من العتاد، وذكر 60٪ منهم بأنهم يشعرون بالهياج الجنسي (غباري،41، 1991– 52).

كما أجريت تجارب عدة للتأكد من أثر المخدرات على الجنس، ففي دراسة أجراها "سيفرز"(1936) وجد أن النشاط الجنسي لدى القردة المدمنة على تعاطي الهيروين يضعف ثم ينشط ثانية وبشكل كبير عند منع المخدر عنها. أما "سبراج" (1940) فقد وجد أن المورفين يعمل كمنبه جنسي لدى الشمبانزي الذكر إذا تناول الجرعة اليومية بقليل يحدث الانتصاب ويمارس العادة السرية، أو تندفع لمارسة الجنس مع الإناث، ثم تأخذ الرغبة الجنسية في الضعف تدريجياً خلال الأربع والعشرين ساعة، حتى يحين ميعاد الجرعة التالية. أما بحث" تشيريك" (1960) فقد أظهرت نتائجه أن الدافع الجنسي عند الرجل والأنثى يضعف بحقن الهيروين في الوريد.

ومن المحتمل أن يكون تعاطي المخدرات هو طريقة للتعامل مع الخيارات المتاحة أمام الشخص حين يكون واقعاً تحت ضغوط اجتماعية مختلفة، وفي ذات الوقت تلح عليه رغباته الجنسية، ففي مثل هذا الموقف إذا لم يكن هناك بديل صحي أو خيار إيجابي أمام الشخص فإنه يتجه نحو الإدمان لتفادي الاحتياج للآخر. وهناك ارتباط وثيق بين تعاطي المخدرات والممارسات الجنسية، فحيثما وجد أحدهما يوجد الآخر، وفي بعض الأحيان يكون الجنس هو الدافع إلى تعاطي المخدرات، وفي أحيان أخرى تكون مجالس تعاطي المخدرات جالبة لرفاق ورفيقات الجنس. ومن وجهة نظرنا أن أثر المخدرات على الجنس كثيراً ما تعيق هذا الدافع للأسباب التالية:

أ. يتوقف أثر المخدر على النشاط الجنسي على نوع المخدر وجرعته، وطريقة تعاطيه، ومدة التعاطي، وتوقعات الشخص نفسه من هذا المخدر.

ب. إن المواد المثبطة كالمهدئات والمنومات والمسكنات تسهل أحياناً النشاط الجنسي عند جرعات قليلة، ولكنها تثبطه عند الجرعات العالية، وربما يقول قائل إذن سوف استعملها بجرعات بسيطة لتزيد النشاط الجنسي، ولكن الواقع العملي يقول أن الشخص يستدرج الجرعات البسيطة ثم سرعان ما

يزيد الجرعة، ورغماً عن إرادته مهما كانت قوية ليصل إلى الجرعة التي تثبط نشاطه الجنسي.

ج. إن للجو العام المحيط بالمتعاطي تأثير كبير في ذلك. فجو معين قد ينشطه، وإذا تعاطى نفس المادة ونفس الجرعة في محيط آخر ربما تعطيه أثراً عكسياً.

د. كما أن للتركيبة أثر كبير على استجابة الشخص (ونشاطه الجنسي) للمخدر. وليس فقط التركيبة الشخصية لمن يبادله ذلك النشاط الجنسي، فكثير من المدمنين حين يتعاطون المخدرات يفشلون في العلاقة الجنسية مع زوجاتهم، ولكنهم ينجحون في العلاقات الجنسية غير الشرعية.

ه. كما يتوقف تأثير المخدر على الحالة الجنسية للشخص على خبراته الجنسية السابقة، وأنماط سلوكه الجنسي ومزاجه وسنه وحالته الجسمية، وتوقعاته من المخدر. كما أن الشخص الذي يصل إلى مرحلة الإدمان، فإن اهتمامه ونشاطه يتوجه بالكامل نحو الحصول على ذلك المخدر، ولذلك يفقد اهتمامه بالجنس.

4. الإدمان كسلوك لتحطيم الذات: نجد في واقع الحال نوعية أخرى من المدمنين يتعاطون هذه المواد المخدرة كسلوك انتقامي لتحطيم الذات، بالرغم من قناعته بأنه يؤذي نفسه، إلا أنه يحتاج إلى هذه المادة لكي تساعده على الهروب من واقعه المؤلم.

5. المشاعر السلبية: ومن العوامل النفسية الهامة التي تدفع الفرد إلى الإدمان شحنة المشاعر السلبية التي يشعر بها المدمن، ومنها مشاعر القلق والتوتر، ومشاعر الخوف والضعف، ومشاعر العجز والحرمان. كل هذه المشاعر تدفع بالمدمن إلى استجابة انسحابية للهروب من هذه المشاعر عن طريق تعاطي المخدرات، حيث تمنحه البديل الخيالي من الشعور باللذة والتي كان من المفروض أن يتحقق بأساليب واقعية ومقبولة، ويصبح المخدر وما يعطيه من مشاعر البديل عن إشباع الرغبات والحاجات والدوافع.

ثالثاً: الأسباب الاجتماعية:

إن العوامل الاجتماعية تلعب دوراً خطيراً وحساساً في دفع الفرد تجاه الإدمان، وكلنا يعلم أن الخلافات الأسرية الشديدة بين الزوج والزوجة غالباً ما تدفع الزوج للانغماس في إدمان المخدرات للهروب من مشاكل الحياة الزوجية أو ضغوط الحياة اليومية. إن فشل بعض الأفراد في تحقيق الذات سواء في مجال العمل أو الدراسة أو الحياة المستقلة يدفعهم للهروب من الآلام والضغوط النفسية التي يواجهونها إلى تدمير الذات باللجوء إلى الإدمان، وإن إحساس الفرد بالشعور بالدونية واختلال تقديرهم لذواتهم أو تحقير المجتمع لهم، يتجهون إلى الإدمان لتحقيق صورة خيالية زائفة عما يفتقدونه في واقعهم، وهكذا تتفاقم مشكلاتهم ويتحولون إلى مدمنين.

- ميل شريحة من الشباب للتقليد والمحاكاة، ويزداد الأمر سوء إذا كان الأب مدمناً أو أحد أفراد الأسرة.
- صعوبة توافق بعض الأفراد مع المجتمع، وفقدهم مهارات الاتصال، حيث يتحول الفرد إلى شخصية منعزلة ومنطوية.
- الاحباطات المتوالية ومواجهة بعض الأفراد للكوارث والمحن المفاجئة، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية القاسية، قد تدفع البعض إلى محاولة التخفيف من آثار هذه المعاناة عن طريق إدمان المخدرات.
- زيادة البطالة وازدياد معدلاتها، والاختلاط برفاق السوء.
- عدم استغلال أوقات الفراغ في الأنشطة الثقافية والرياضية والترفيهية.
- زيادة التطلعات المادية للشباب، وفي المقابل ضعف القدرة المادية على أرض الواقع، مما قد يوقع البعض منهم فريسة سهلة بين يدي تجار المخدرات فيحولونهم إلى مدمنين مجاناً، ثم يمارسون ضغوطهم فيحولونهم إلى متعاطين في نهاية الأمر.
- تمتع بعض شرائح المجتمع بالدخل المرتفع نتيجة الانفتاح والتجارة في السوق السوداء، وازدياد دخل بعض الحرفيين وانخفاض مستواهم التعليمي.

أضف إلى ذلك، فإن أصدقاء السوء، وظروف العمل الصعبة كعدم القدرة الجسدية على إنجاز العمل، وضعف القدرات العقلية، والتوافق المهني مع العمل وزملاء العمل كلها من العوامل التي تهيىء الاستعداد لدى الفرد للإدمان على المخدرات. إضافة إلى ذلك قرب الفرد من مناطق الاتجار بالمخدرات، ونقص وسائل الترفيه، والصراع الحضاري والثقافي، والتغيرات الاجتماعية السريعة(الحراك الاجتماعي).

رابعاً: الأسباب الأسرية:

تعد الأسرة من أهم العوامل المسببة للإدمان وهو العمل المشترك الذي يقف عنده كل باحث في معرفة الأسباب المؤدية إلى الإدمان. ويقول البعض إن الأسرة هي المسؤولة عن تكوين نمط الشخصية، وهي الإطار العام الذي يغطي جميع الأدوار الاجتماعية المختلفة التي يلعبها الفرد على مسرح الحياة، وأن تقصير الأسرة في أداء رسالتها يعد من العوامل الهامة التي قد تؤدي إلى الإدمان. فقد يلعب التفكك الأسري دوراً هاماً في انحراف الأبناء وإدمانهم للمخدرات، بالإضافة إلى عدم متابعة الوالدين لأبنائهم بطريقة مباشرة، وغياب القدوة الحسنة التي يتطلع إليها الأبناء. ولقد أثبتت الدراسات النفسية والاجتماعية في مجال الإدمان على المخدرات أن الأسباب الرئيسية وراء ذلك يرجع إلى:

- غياب أو تشوه صورة الأب في كثير من الأحيان، حيث يغيب الأب عن الأسرة فترات طويلة إما بسبب السفر أو الانشغال في العمل أحياناً.
- انشغال الأم عن الأبناء ورعايتهم وذلك حين تكون عاملة خارج المنزل.
- وجود خلافات أسرية بين الأب والأم، التي قد تصل إلى حد الانفصال العاطفي أو الفعلي، وكثير من تلك الصراعات تكون على مرأى ومسمع من الأبناء حيث يجد الأبناء أنفسهم يسيرون في طريق الإدمان نتيجة لذلك.
- زيادة الحرية الممنوحة للأبناء عن الدرجة المعقولة أو سلبهم كل صور الحرية الممكنة. أي إن التطرف في منح الحرية غير مطلوب في كثير من الأحيان.

- ضعف العلاقات العاطفية بين الأبوين والأبناء.
- سهولة الحصول على المال واستعماله دون محاسبة من الأسرة.
- التدليل الزائد أو القسوة الزائدة.
- التفرقة في المعاملة بين الأبناء مما يؤدي إلى انحراف أحدهم أو جنوحه إلى السادية للانتقام من الأبوين والانضمام إلى رفاق السوء.

خامساً: الأسباب البيئية:

- افتقار الفرد لإحساسه بذاته داخل أسرته، والبحث عنها ولو داخل مجموعة من صحبة السوء التي تقوده بسهولة إلى طريق الإدمان دون أن يعي حقيقة سلوكياتهم فينغمس في تقليدهم تقليداً أعمى، متوهماً أن ذلك يكمل شخصيته ورجولته.
- سهولة الحصول على أنواع جديدة ورخيصة من المخدرات بين أوساط الشباب خاصة، مثل: الحشيش والبانجو، بالإضافة لانتشار أنواع مخدرة سريعة وشديدة المفعول.
- انتشار بعض الأفكار الخاطئة حول الشعور بالنشوة والفحولة الجنسية الكاذبة تحت تأثير بعض أنواع المخدرات، وهذا الأمر قد عالجناه في فقرة سابقة.

أنواع المواد المخدرة والمسكرة وأضرارها على الصحة النفسية:

تتباين المواد النفسية في آثارها على الصحة النفسية تبعاً لطبيعتها الكيميائية والجرعة المعطاة، ومدة التعاطي، وحالة المتعاطي النفسية عند المتعاطي:

1. الكحول والخمور:

يمكن تقسيم الآثار النفسية للكحول إلى أربعة أقسام تبعاً لمسبباتها المباشرة:

أ . نتيجة التسمم:

1 . التسمم الكحولي: ويظهر بصورة حادة خلال دقائق من تعاطي كمية صغيرة من الكحول لا تؤدي . في العادة . إلى مثل هذا الأثر، وتكون في صورة تصرفات عدوانية، وكانت تسمى في الماضي الشرب المرضي.

2ـ فقدان الذاكرة مؤقتاً: وتحدث في صورة نوبات بعد الشرب الكثيف.

ب . أعراض الانسحاب:

1) أعراض خفيفة: وتظهر في خلال (4 – 6) ساعات عن التوقف – في صورة قلق نفسي وهيجان وأرق، وضعف وزيادة العرق مع بعض الأعراض الجسدية.
2) أعراض متوسطة: وتشمل بالإضافة إلى ما سبق الهلوسة وخاصة السمعية
3) أعراض شديدة: وتشمل ما يسمى بالهذيان الإرتعاشي وضبابية الوعي.

ج . أعراض نفسية مصاحبة:

مثل اضطرابات في الشخصية، واضطرابات في العاطفة، محاولات انتحارية، أوهام خيالية، الضعف الجنسي النفسي، وأخيراً حالات القلق النفسي والخوف والأرق، وهي كثيرة بين المتعاطين مع الشعور باليأس والقنوط.

2. الأفيون ومشتقاته: ويؤدي الإدمان على هذه المجموعة إلى الآثار النفسية التالية:

- الاكتئاب: وتعتبر مجموعة المدمنين مجموعة هشة، ومستهدفة للإصابة بالاكتئاب، وتبلد الشعور، وبطء التفكير، وبطء اتخاذ القرار في الوقت المناسب، مما يكون له آثار سيئة في بعض المواقف مثل قيادة المركبات.

- . الاضطرابات النفسية العامة: وأهمها الانفصام
- ـ اختلال الوظائف النفسية: ويشمل: دقة الإدراك والتآزر البصري الحركي، سرعة الحركة البسيطة، الذاكرة قصيرة المدى.
- . تغيرات في الشخصية: تفكك سلوكي، وتفسخ في الشخصية مع انسحاب من الحياة العامة والتفاعلات الاجتماعية، ويزداد إنهاك الشخص، ويفقد البصيرة في دلالة أعماله، ويتورط في مزيد من العنف.

3. الكوكائين: يؤدي الكوكائين إلى تقلبات مزاجية وأرق وهلاوس، وذهان خيلائي، وارتباك وكآبة. وقد يؤدي إلى تشنجات، وإحساس بالدوخة. ومع الاستمرار في الاستعمال لفترات طويلة يتعرض الشخص لنوبات من الفزع، مع ظهور مفاجيء لنوبات من القلق والعنف، وخوف من الموت أو الجنون وتتأثر درجة الانتباه، ويعجز الشخص عن متابعة النشاطات التي بدأها، حيث ينتقل من نشاط إلى آخر. كما قد يعاني من اضطرابات في الوظيفة الجنسية خصوصاً في الانتصاب، والقذف وفقدان الرغبة الجنسية.
4. القات: وهو يشبه في تأثيره الامفيتامينات خصوصاً في تأثيره على الحالة النفسية، وأهم العناصر الفعالة فيه الكاتين والكاثينون.
5. المهدئات والمنومات ومضادات القلق: وفيها الباربيتورات، والديازبين، ومع استمرار التعاطي يبدو الشخص وكأنه مخمور (غير متوازن) مع اختلاط عقلي، وشعور بالكآبة والخوف وفقدان الذاكرة للأحداث القريبة، مع بطء في زمن الرجع للمنبهات البصرية، ويختل التآزر الحركي مع انخفاض كفاءة الأداء في عدد من الاختيارات العملية، وتكثر حوادث السيارات، مع عدم الاستقرار وعدم القدرة على التركيز، ومع الامتناع يصاب الشخص بأعراض تشبه أعراض الامتناع عن الكحول مع توتر وقلق واضطراب في النوم، وفقدان الشهية وفقدان الإدراك للمكان والزمان.
6. المهلوسات: وهي متنوعة وتتباين فقط في مدة بدأ التأثير ومدة استمراره وشدته وأشدها عقار ال. اس. دي (LSD)

7. المذيبات الطيارة: وهي تشبه الكحول في تأثيرها، حيث تؤدي إلى قدر من الانفلات، ثم إثارة قد تصل إلى الهياج، وإذا استمر التعاطي قد تؤدي إلى تخلخ وتوهان، أو فقدان التوجه.
8. النيكوتين: ويؤدي إلى الوظائف النفسية التالية:

أ. تدهور القدرة على التذكر الفوري أو المباشر وكذلك التذكر القصير والطويل المدى.
ب. تدهور القدرة على التعليم.
ج. تدهور التيقظ العقلي والتآزر الحركي.

النظريات المفسرة السلوك الإدماني:

لا يعتمد فهم ظاهرة الإدمان على الارتباط ذات الطبيعة الإحصائية وحسب، ولكنه يحتاج إلى نظرية تشرح ديناميات هذا السلوك نفسياً واجتماعياً، ومن أهم هذه النظريات.

أ. النظرية السيكودينامية:

تفسر النظرية الدينامية الشخص المدمن على أساس عدم قدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة، مما ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حمل إشباع هذه الحاجة. وبذلك فإن الطفل لا يطور المقدرة على تأجيل الإشباعات. وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في سلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام للمواد الذي يعتبر أسلوب غير ناضج لتحقيق الإشباعات الفمية.

ب. نظرية التحكم المعرفي الوجداني الكيميائي:

ترتكز هذه النظرية على التفاعل بين أسلوب الفرد مع الخبرة الوجدانية لاستعمال المواد النفسية مع التأثير الكيميائي للمادة، وأن الأسلوب المعرفي

للمتعاطي هو العامل الرئيسي الذي ينقل شخصاً من مرحلة التجريب إلى مرحلة التعاطي، وعلى ذلك فإن عملية التعاطي تبدأ بتأثير المآزق التي تواجه الفرد؛ فالأشخاص الذين يواجهون صعوبات في تلبية المطالب، والارتقاء إلى مستوى التوقعات التي تفرضها عليهم بيئاتهم الاجتماعية، أو تلك التي يفرضونها على أنفسهم، يجدون أنفسهم في صراع نفسي، ونتيجة هذا الصراع يحدث القلق. فالقلق بالنسبة للمتعاطين هو اعتقادهم بأنهم لا يستطيعون تغيير المواقف أو التحكم فيها، ويتصورون أنهم لا حول لهم ولا قوة فيما يتعلق بالتأثير في بيئتهم وتخفيض مصادر الضغط النفسي، لذلك يتجهون إلى المخدرات كوسيلة هروبية من مواجهة الواقع وللتخفيف من آثار الضغط الناجم عن المشكلات البيئية والاجتماعية. ويشكل هذا الأمر (الإدمان) الذي يمر بعدة مراحل، هي:

- مرحلة الإدمان الظرفي.
- مرحلة التعاطي بصورة سرية.
- مرحلة التعاطي الحرجة
- مرحلة الإدمان المزمن.

وتحكي مدمنة حالتها بالقول: "لم أكن معتزة أو راضية عن نفسي، بل كنت أكره نفسي وأتمنى أن أكون أي شخص آخر غير نفسي، لقد كنت أشعر بأنني فاشلة وبالنظر إلى الوراء الآن أن هذا هو السبب الذي جعل الآخرين يعاملونني على أني فاشلة، لقد كنت ضحية باختياري، لكنني لم أعرف ذلك".

ج. نظرية التوافر والاستهداف:

تقرر هذه النظرية أن التعاطي السيئ للمواد النفسية يحدث عندما يتعرض شخص مستهدف إلى درجة عالية من التوافر على المواد المخدرة، وهي ترى أن درجة هذا التوفر أو سهولة الوصول للمواد كلها يتباين بشكل هائل، كما يتباين الاستهداف لتعاطي هذه المواد لأسباب نفسية أو اجتماعية. ويرى هذا التوجه أنه

تتباين ميول الأفراد للتعاطي بتباين درجتي استهدافهم وتوفرهم على المواد النفسية.

د. النظرية التفاعلية:

تقترح هذه النظرية أن السلوك بما فيه سلوك استخدام العقاقير نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الشخص والبيئة. وإذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعي فإن الفرد يعتبر عاملاً نشطاً يتأثر بالعوامل المعرفية والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة، ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية الراجعة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك.

ه. نظرية خفض التوتر أو إخماد الاستجابة الضاغطة:

تقوم هذه النظرية على فكرة أن سلوك الإدمان يكافأ، والعناصر الرئيسية في نظرية خفض التوتر تقرر أن الكحول أو المادة المخدرة تخفض التوتر الذي يشمل على الخوف والقلق والصراع والإحباط.

نستنتج مما قدمناه من نظريات حول الإدمان أنه لا يوجد نظرية متكاملة استطاعت أن تفسر ظاهرة تعطي المواد المخدرة، وكل ما قدمته تلك النظريات ينحصر في الدوافع والأسباب وراء هذه الظاهرة المدمرة للفرد ولإمكانيات المجتمع، لذلك سوف نركز على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في فهم دوافع المدمنين للإدمان، والأساليب التي استخدمتها لعلاجه.

نظرية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج الإدمان:

يشير العلاج العقلاني الانفعالي ما أوضحنا ذلك في الفصل الأول والثاني إلى أن طريقة إدراك الإنسان للأحداث في حياته هي سبب مشكلاته، وليست الأحداث بحد ذاتها هي المسؤولة عن المشكلات الانفعالية والصعوبات النفسية التي يعاني منها، كما يركز العلاج العقلاني الانفعالي على أن انفعالات الإنسان تنشأ من

طريقة تفكيره، ولا تضطرب مشاعره بسبب الأشياء المحيطة به فحسب، وإنما بسبب نظرته إلى تلك الأحداث».

وبمراجعة تلك الافتراضات التي صّاغها إليس حول طبيعة الاضطراب الانفعالي لدى الأفراد وكيفية تشكله وتطوره. وبإسقاط هذه الافتراضات على الأفراد الذين يدمنون المخدرات نجد أنهم يعانون من مشكلات صعوبة ضبط دوافعهم منذ حياتهم الباكرة، مما يجعل لذلك علاقة بالسلوك الإدماني، فالذين لديهم مشكلات نفسية مثل الإدمان غالباً ما ينزعون إلى سلوك مماثل في مجالات أخرى من حياتهم، والمضطرب غير القادر على ضبط سلوكه الإدماني والاستسلام لدوافعه فإنه غالباً ما ينزع إلى سلوكيات انهزامية أما مشكلات حياتية أخرى.

إن جوهر استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي توجب التفرقة بين الوقاية والعلاج؛ فأسباب إدمان المخدرات لا ترتبط كثيراً بالكيفية التي يجب أن يعالج بها المدمن، والتركيز على الأفكار غير العقلانية، والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن لإدمانه ويعززها بحديثه الداخلي، وأفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية ومناهضة المدمن لمعتقداته الخاطئة على الإدمان.

والمدمنون يأتون إلى العلاج وهم يبحثون عن التغيير لأن إنكارهم للواقع، والانخراط الذاتي، واللامسؤولية لم يخفف ما بهم من آلام، وأدركوا بحسهم وفطرتهم أنه لا مناص من استبدال أنماط حياتهم.

أهداف النظرية في علاج الإدمان:

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى مساعدة المدمنين والمتعاطين في التعرف على أفكارهم غير العقلانية التي تسبب ردود فعل غير مناسبة لديهم وحثهم على مقاومة أفكارهم غير المنطقية ومحاربتها والتخلص منها بالإقناع العقلي المنطقي، وإعادة تنظيم الذات والمعتقدات، وتقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية

عند المتعاطي، وتقليل لوم الذات ولوم الآخرين والظروف، وتقبل التغيير والكف والتحصين من الانتكاس.

عملية العلاج:

وتقوم هذه العملية على تعليم المدمن التفكير العقلاني بأسلوب نشط، وتتضمن علاج العقل بالعقل، والخرافة بالعلم والحقيقة، واللامنطق بالمنطق. وتتمثل مهمة المعالج في مساعدة المدمن على التخلص من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية ومنطقية من خلال تقنيات علاجية، كالحوار الذاتي، والمناقشات، والمواجهة الدرامية، ولعب الأدوار، ومقاومة المعتقدات الخاطئة، وتشتيت البنية المعرفية، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

إن إمكانية الكشف عن المعتقدات الخاطئة والأفكار غير العقلانية لدى المدمنين ليس من السهولة بمكان لاكتشافها لدى المدمن، إذ غالباً ما ينزع إلى إنكار المشكلة وعدم إدراك وجودها، ويتمسك بإنكارها، ليس لأن إدراكاته محرفة أو أن معرفياته مشوهة ومتناقضة مع الواقع أو أن المشكلة ضبابية، بل لأنه ينظر لذاته نظرة لا تشوبها مشكلة، فهو ينكر وجودها. ومما يتوجب على المعالج العقلاني التعامل مع إنكار المدمن لمشكلته، لأن الإنكار في حد ذاته يعد إدراكاً محرفاً وخاطئاً، وان ينفذ إلى أعماق التشوهات في مدركات المدمن، ومساعدته للنظر والتعامل مع الواقع والأحداث غير الظاهرة(المخفية).

بدء العلاج الفعال:

العلاج العقلاني الانفعالي شأنه في ذلك شأن العلاجات النفسية الأخرى يكتب له النجاح في إطار العلاقات الإنسانية القائمة على التقبل والتفاعل وبذل الجهد من قبل المعالج، فيوضح المعالج العقلاني الانفعالي أثناء سير العملية العلاجية أن المعالج لا يجعل الناس سعداء، وإنما الذي يجعلهم كذلك هو السلوك المسؤول.

وبالرغم من أن هذا اللون من العلاج ينظر إلى نوعية العلاقة بين المعالج والمدمن على أنها علاقة قد يسيء الخير فهمها، فهي ليست كافية لإحداث تبديل في سلوك المدمن، إلاّ أنها ضرورية بهدف استبصار المدمن بمشكلته، وذلك من خلال الربط بين أسباب إدمانه ونتائجه، حيث يتعلم من خلال ذلك، ويتخذ القرار الحاسم لتعديل السلوك الإدماني، خاصة وأن بعض المدمنين تلقوا الكثير من النصائح من قبل المهتمين بهم، بالإضافة إلى إقناعهم بأن هذه النصائح والإرشادات للكف والإقلاع عن الإدمان لصالحهم، إلاّ أنه لم يتوافر لديهم النية الصادقة والقرار العقلاني.

التعاون بين المعالج والعميل المدمن:

تتجه المقابلات العلاجية الأولية نحو تحديد طبيعة المشكلة لدى المدمنين التي قد تبدو مهمة صعبة، إلاّ أنه يوجد ما يثبت أنها مستعصية أو غير قابلة للحل، والأهم هو إقامة علاقة ليست علاقة عمل فحسب، بل علاقة مودة وألفة تفصح عن التعاون المتبادل بين المعالج والمدمن لإيجاد التعاون العلاجي، مع مراعاة أنه بغياب الألفة والمودة تصبح العلاقة أقل فعالية. لذلك، فالعلاقة الطيبة بين المعالج والعميل تثبت بمرور الوقت أن المدمن مقبول من منطلق كونه إنسان خطاء في حين أن الإدمان كارثة يتوجب على المدمن تحقيق التعديل السلوكي. إضافة إلى أن الإنصات الجيد من قبل المعالج وطرحه المباشر للأسئلة يشعر المدمن بجدية العلاج، واستعداد المعالج في تقديم المساعدة والعون وتحقيق الأهداف. وبالرغم من أن بعض المدمنين قد سعوا لتبديل سلوكهم الإدماني من تلقاء أنفسهم، إلاّ أن هذا المسعى قليل النجاح لأن الجهود الإيجابية المشتركة كافية لإقناع المدمن بإمكانية الإقلاع عن المخدرات وتعديل السلوك الإدماني المطلوب، وخاصة وإن المدمنين لديهم مشاعر قوية للارتباط بالغير إذا ما قدمت لهم المساعدة، وينتابهم التوتر إذا ما حجبت عنهم تلك المساعدة. وبناء على ذلك فعلى المعالج أن يضع حداً لمستوى المساعدة الذي يقدمها للمدمن، والذي بدوره يجب أن يعرف هذه الحدود أو المستويات، فلا يتعداها،

حيث برهنت نتائج الدراسات على إقامة العلاقة بين المعالج والعميل بطريقة ناضجة يساعد كلاهما على تحقيق الأهداف المنشودة.

الابتعاد عن التعميم وتجنب الأحكام المسبقة:

قد لا تبرهن العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل عن إمكانية صياغة افتراضات سابقة لأوانها، كما أن القول بأن المدمنين نشأوا في أسر مضطربة أو متصدعة لا يوجد ما يؤيده بصفة مطلقة، أو أن المدمنين ينعدم لديهم النزوع نحو تعديل سلوكهم الإدماني لانخفاض دافعيتهم نحو العلاج وارتفاع مقاومتهم له، والمعالج الذي يحمل المعتقدات غير العقلانية ويعمم الإدعاءات غير المنطقية يلحق الأذى والضرر والإحباط بأقرانه، ويقلل الجهد الواجب أن يكرس من أجل تعديل السلوك الإدماني المطلوب، بل قد يصل إلى أبعد من ذلك في رفض المدمن وعدم طرح استراتيجيات تعديل السلوك المطلوب.

التعرف على المشكلات الجوهرية لدى المدمن:

يتطلب استخدام تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي من المعالج بذل قصارى جهده في البحث وتشخيص المشكلات الأساسية لدى المدمن، كأن يطرح عليه أسئلة مثل، ما الأخطاء التي وقعت فيها؟ وهل لديك أفكار عن كيفية إمكان تفادي هذه المشكلة؟ وما نوعية المساعدة التي تحتاجها الآن؟ هذه الأسئلة وغيرها تساعد المعالج في الكشف عن الأحداث الأكثر إيلاماً والتي جعلت المتعاطي أو المدمن يلجأ إلى المخدرات.

تدريب المدمن على أن يقدم نفسه للمعالج:

ثمة فكرة مفادها أن العلاج النفسي هو علاج تعليمي وتأهيلي، ويؤمن بالمبدأ القائل "لا تعطني سمكة كل يوم ولكن علمني كيف اصطاد السمك" وبناء على ذلك فالعلاج العقلاني الانفعالي يؤكد على أن الإنسان يمكن أن يقبل نفسه،

والمعالج النفسي يعلم أن جميع أشكال العلاج تقوم على مساعدة المعالج ليتبصر بمشكلته، ويكشف مكنونات ذاته انطلاقاً من العلاقة العلاجية الآمنة بينه وبين المعالج، والتي ترمي إلى تدعيم توقعات العميل الإيجابية لدى المدمن حيال إمكانية الإقلاع عن المخدرات وإكسابه وعياً اكبر واستبصاراً أقوى بذاته وبمشكلته، مما يساعده على تعديل سلوكه من اللاسوي إلى السوي.

وعليه فمن واجب المعالج ألاّ يلمح للمدمن بأنه عليه أن يعالج نفسه بنفسه، ولو كان هذا الأمر صحيحاً لما جاء العميل لعند المعالج لالتماس العلاج، ولا يقول له إن شفاءك يكون فقط على يديَّ، لأن ذلك يضعه في موقف سلبي.

خلق توقعات واقعية وإيجابية:

من المفيد عند بدء العلاج أن يعطي المعالج أهمية لوجود التوقعات الإيجابية عند المدمن بخصوص تبديل سلوكه الإدماني والحوار معه في جهوده السابقة، لا سيما وأن بعض المدمنين قد اتخذوا قرارات سابقة للإقلاع عن الإدمان، كتب لبعضها النجاح بعض الوقت، ولكن ما لبثت أن انهارت، لأن الرغبة في الإقلاع ليست كافية لوحدها، بل لا بد من المثارة والإصرار على بذل مزيد من الجهد لدحض الأفكار غير العقلانية والمعتقدات الخاطئة التي تهيئ المدمن للإقلاع عن المخدرات. ونظراً لأن بعض المدمنين يتوقعون من المعالج أن يقدم لهم المساعدة الفورية والسريعة في مساعدتهم على التخلص من مشكلتهم، وكأن بيد المعالج عصا سحرية. لذلك على المعالج أن يخبر المدمن عن حدود إمكاناته العلاجية في تقديم المساعدة

استخدام الطرق العلمية في التقويم:

مما لاشك فيه أن عملية تقويم المدمنين ومشكلاتهم هي مرحلة مهمة من مراحل بدء المعالجة، وهي إجراء جوهري من أجل القيام بتخطيط علاجي فعَّال. ففي الأسلوب العقلاني الانفعالي تبدو عملية التقويم هذه مختلفة عن إجراءات

التقويم التقليدية، والتي نلحظها في القياس النفسي. ويركز العلاج العقلاني الانفعالي على طرق علمية منهجية مستمرة تأخذ المعلومات عن المدمن مباشرة، وذلك من خلال إجراء سريري منهجي يهدف إلى التعرف على أفكار المدمن السلبية، وعلى مشاعره وسلوكه. وهذه العملية من التقويم تكون في الغالب مستمرة، حيث يعمد المعالج إلى أخذ معلومات من المدمن، ويتم وضع الافتراضات حيال الأفكار غير السوية ونتائجها على المستوى الانفعالي والسلوكي، ومن ثم يطرح المزيد من الأسئلة، وتجمع البيانات بهدف التثبت من الافتراضات والتصورات التي وضعها المعالج أو نفيها، وإذا ثبت له عدم صحة افتراضاته المبدئية، حينئذ ينبغي عليه استبدالها ومتابعة تقصي مدى صحتها.

ويفضل المعالج عادة البدء باختبار الهدف وتقويمه، وذلك بمعاينة السؤال الأول المطروح في الجلسة الأولى، وهو: ما المشكلة التي ترغب في أن يقدم لك العون من أجل إزالتها؟ وهذا السؤال يتفرع إلى كيف يتم تحديد المشكلة بأبعادها والأعراض التي تصاحبها. وأن أفضل ما يفعله المعالج عند أخذ القصة المرضية والتي تعد جزءاً من تقويم الحالة هو جمع هذه القصة بأسلوب الاستبيان. أما قبل الجلسة العلاجية الأولى، أو بين الجلستين الأوليين. وهذه المعلومات تكون مفيدة في توليد الفرضيات عند المعالج بالنسبة لشكاويه المرضية (الحجار،94،1992).

لذلك، تحاول نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تجنب التفكير الجامد الذي ينفذ إلى يم العون إلى المدمنين ميدان الإدمان على المواد المخدرة. ومن الواضح أنه من الصعوبة بمكان تقديم العون إلى المدمنين على المواد المبدلة للمزاج الذين لديهم الاستعدادات الجبلية(الإرثية) للتفكير الجامد، وذلك من خلال عرض التفكير المنقسم، وتعريفهم عليه لفهم اضطراباتهم.

التقويم المعرفي:

ويتضمن ذلك تحديد نوعية الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن تجاه المخدر وسوء اضطراب الوظيفة المعرفية لديهم، والانفعالات المنافية التي يعيشها المدمن والتي تولد أنموذج قهر الذات والتزامها وسلبيتها وضعفها أمام المخدر. كذلك فكذلك فن المعتقدات والأفكار الخاطئة التي تستجر الكدر عن المدمن، وتتجلى في هذا النوع ليست وحيدة، بل قد توجد أفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية مختلفة لها أهميتها أيضاً، وهذه يجب أن يشملها الكشف والتعرف عليها وبالتالي دحضها والتصدي لها.

تحديد أهداف العلاج:

من أسس العلاج العقلاني الانفعالي أنها تشجع المعالج على الانخراط انخراطاً فعالاً ومباشراً مع المدمنين من أجل وضع أهداف علاجية واقعية. ومثل هذه الجانب من العلاج هو من الأهمية بمكان في التعامل مع المدمن الذي يبدي درجة كبيرة من المقاومة ضد العلاج،وفي غالب الأحيان عندما تصاب المداخلة العلاجية بالفشل، فإن الذي يحدث هو أن المعالج يسند فشل العلاج إلى ضعف حوافز المدمن ومواقفه غير الإيجابية اللافعالة تجاه العلاج، في حين يُحمل المدمن بالمقابل فشل العلاج نتيجة اليأس على عاتق المعالج. إلاّ أن الواقع هو أن كون الاثنان يشتركان في هذا الفشل ويتحملان مسؤولياته بالتساوي نتيجة عدم الاتفاق على أهداف علاجية قابلة للتطبيق.

استراتيجيات مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية:

ثمة تسع استراتيجيات يستخدمها المعالج لتحقيق أهداف العلاج العقلاني الانفعالي للمدمن، وهي:

- يناهض المعالج الأفكار اللاعقلانية الخاطئة لإظهار ضلالها المنطقي.

- يحاول المعالج الافتراض أن المعتقد الزائف هو حقيقة، ومن ثم يفتش عن الاستدلالات والشواهد التي تؤكد صحة هذا المعتقد.
- يساعد المعالج المتعالج على أن يختبر قدرة المعتقد الخاطئ على تفسير حوادث الحياة الهامة.
- يساعد المتعالج على معرفة فيما إذا كان التمسك بالمعتقد الخاطئ يساعده أم يلحق به الضرر.
- تكرر الخطوات من واحدة إلى أربع مراراً لمساعدة المتعالج على بلوغ الاعتقاد أن تفكيره هو فعلاً خاطئ ومدمر للذات.
- يساعد المعالج المتعالج على بناء معتقد منطقي جديد كبديل عن المعتقد الخاطئ.
- يفتش المعالج عن معتقدات جديدة صائبة بهدف دحض وهم المعتقد الخاطئ.
- يسعى المعالج إلى استخلاص الاستدلالات من المعتقدات المنطقية الصائبة، ومن ثم يختبر هذه الاستدلالات لإظهار فيما إذا كان المعتقد الصائب يقود إلى تكهنات أكثر دقة حيال الحوادث الخارجية من المعتقد الخاطئ.
- يقدم المعالج العون إلى المعالج كيما يتنبأ كيف يمكن أن يتحول إلى معتقد جديد منطقي يؤثر على سلوكه.

ومن ناحية أخرى، فإن أهم التقنيات التي تستخدم في مناهضة أفكار المدمن الخاطئة كما ذكرها فريمانFreeman,1987، فهي التالية:

1. المساءلة عن البنية والبرهان: كأن يعاين المعالج البرهان المنطقي فيما إذا كانت أحاديث المتعالج عن ذاته هي حقيقية أم خلاف ذلك.
2. المعتقدات المدمرة للأنا: حيث يساعد المعالج المتعالج على إدراك نتائج توقعاته المبالغ فيها.
3. الموازنة بين المحاسن والمساوئ، كأن يطلب المعالج من المدمن إعداد لائحة بمحاسن ومساوئ معتقده الخاطئ الذي يتعامل معه ويؤمن به.

4. تحويل السيئ إلى ميزة، وذلك من خلال البحث عن الأمور المستحسنة التي تخرج من الحادثة السيئة وتظهر منها.
5. إظهار التشويه وتسميته، حيث يعلم المعالج المتعالج تسمية وتأطير نوعية العمليات الفكرية اللاعقلانية المشوهة ويساعده على إدراكها.
6. المعنى الفطري عند المدمن، خاصة للكلمات، وأن يلفت نظر المعالج إلى أن المعنى هو شيء عُرفي، الأمر الذي يساعد المدمن على عدم القناعة والإيمان بأفكاره الخاطئة.
7. إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها.
8. معاينة الخيارات والبدائل ففي مقدور المدمنين الإقلاع عن التفكير الضيق والمتصلب إذا نجحوا في إقناع ذواتهم بوجود طرائق مختلفة من التفكير إزاء المواقف الوهمية التي تواجههم.
9. النتائج الوهمية لما يتوقعه المدمن في حال إقلاعه عن تعاطي المخدرات. وعلى المعالج أن يساعدهم على تخيل ما قد يحدث لهم بدقة، الأمر الذي يساعدهم على إدراك خطأ هذا الوهم.
10. التناقض والمبالغة: فقد يُطلب من المدمن أن يتمادى في فكرته، ويبالغ في تخيل وتصور نتائجها حتى نهايتها في التضخيم، وهنا يدرك المتعالج سخف فكرته عند مناقشة هذه المبالغة والتضخيم.
11. التخيل البديل، حيث يشجع المدمن على ممارسة استخدام معتقدات منطقية جديدة في مواجهة محرضات موترة.
12. لعب الدور بالكلام: فقد يلعب المدمنين أدوار ذواتهم غير المنطقية ويناقشونها لصالح أفكارهم اللامنطقية مع المعالج.
13. التكرارات المعرفية، حيث يطلب من المدمنين استخدام الأحاديث مع الذات والتعابير الإيجابية المنطقية (الحجار،1992، 121).

ويذكر إليس التقنيات الانفعالية التي تستخدم في علاج الإدمان، وهي:

- تدريبات الهجوم على مشاعر الخجل.
- التخيل العقلاني الانفعالي.
- الحوار مع الذات الفعّال.
- الأحاديث في الذات الإيجابية للتعامل مع ما يعانيه المدمن من اضطراب نفسي.
- قبول الذات غير المشروط.
- لعب الدور.
- النكتة والفكاهة كأسلوب علاجي.

أما الفنيات السلوكية، فيمكن إجمالها في الآتي:

- التحصين التدريجي الواقعي.
- التحصين التدريجي الإغراقي بدون تدرج.
- التعزيز والعقوبة.
- منع حدوث الاستجابة.
- منع حدوث الانتكاس.
- التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات (العامري، 2001).

ومن كل ذلك نرى، أن مدمن المخدرات وفقاً لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن مشكلته تتمحور حول طبيعة المخدرات التي يتعاطاها من أجل تخفيف حدة الشعور بالدونية والخجل الاجتماعي، إضافة إلى الاضطرابات الانفعالية التي تخلفها المشكلة وتبقيها ناشطة وفعالة كالقلق والاكتئاب، والشعور بالدونية، إلى جانب الانفعالات المشوهة التي تظهر من خلال محاولته تعديل سلوكه الإدماني إلى سلوك سوي. كذلك تتعلق مشكلته بالمعتقدات التي يحملها والأحاديث التي تدور بينه وبين ذاته حول مسألة الإدمان. والعلاج العقلاني الانفعالي يسعى إلى

تعديل الأفكار المشوهة وغير المنطقية حول الإدمان وتحويلها إلى أفكار عقلانية، وذلك بناء على مجموعة من الاستراتيجيات الانفعالية والعقلية والسلوكية.

الفصل العاشر



الأسلوب العقلاني في معالجة المشكلات الجنسية (الذكورة والأنوثة)

الفصل العاشر

الأسلوب العقلاني في معالجة المشكلات الجنسية (الذكورة والأنوثة)

]The Rational– Emotive Approach to Sex Therapy

- مفهوم الاضطرابات الجنسية.
- فنيات العلاج العقلاني الانفعالي للجنس.
- العلاج المعرفي للجنس.
- فنيات نفسية/ تربوية للجنس.
- العلاج الانفعالي للجنس.
- العلاج السلوكي للجنس.
- نموذج علاجي للاضطرابات الجنسية.

الأسلوب العقلاني الانفعالي في معالجة المشكلات الجنسية

مقدمة:

تُعد العلاقة الجنسية الحقيقية النموذجية بين الزوجين، نوع من المشاركة الإنسانية، وهي أسمى العلاقات، فهي تزيل كلمة أنا وأنت، وتصبح كلمة نحن تجمع بين الزوجين، والعلاقة هذه تشمل الروح والجسد والنفس بآن واحد.

والغريزة الجنسية هي غريزة طبيعية تشبه سائر الغرائز كالجوع والعطش والطعام.. ولكن ما غاية الدافع الجنسي إلا تهدئة التوتر الذي يشعر به الشخص في حال الهياج الجنسي. ويجب أن نفرق هنا بين الدافع الجنسي ودافع الحب؛ فالدافع الجنسي ينتمي إلى الناحية الفيزيولوجية، بينما دافع الحب ينتمي إلى الناحية الفيزيولوجية الشخصية. لذلك يمكن إشباع الدافع الجنسي وكفه عن الإلحاح مؤقتاً كونه رغبة فيزيولوجية فردية وذلك بالجماع الجنسي، بينما الحب يدفع بالشخص إلى الكائن المحبوب بشكل دائم وميل مستمر. فالدافع الجنسي دافع أعمى، والدليل على ذلك أنه يمكن للرجل أن يتصل جنسياً بأي امرأة دون معرفتها مسبقاً، بينما دافع الحب ذو بصيرة يفتح عين المحب على حبيبه نحو القيم الشخصية الداخلية عنده، ولا يمكن أن نحب امرأة دون أن نعرفها مسبقاً، ونالت إعجابنا.

معنى الاضطراب:

كلمة الاضطراب أو الانحراف تعني الميلان أو العدول عن الشيء وأن الانحراف الاجتماعي يعني سلوك إنساني لا يرضى عنه المجتمع، وخارج عن قوانين المجتمع، وذلك يختلف من مجتمع لآخر بحسب القوانين، وحسب معاييره، ونمط حياته أي أن الانحراف شيء نسبي من مجتمع لآخر. والمقولة التي تؤكد على "إن

الحقيقة ما قبل جبال البيرنيه خطأ ما بعدها" دليل كاف على اختلاف المجتمعات في النظر إلى الانحراف.

ففي المعيار الإحصائي نجد كل ما يبتعد عن المتوسط الحسابي يسمى انحرافاً. فالشخص العبقري يعتبر منحرفاً، وكذلك حسب هذا التعريف نعتبر المتخلف عقلياً أيضاً منحرفاً. والاتجاه الذاتي يؤكد على أن كل شي لا يوافق أفكارنا واتجاهاتنا وميولنا يعتبر منحرفاً عنا أو شاذاً. فالرجل الذي لا يشرب السجاير ينظر إلى الآخرين الذين يشربونها منحرفون وشاذون.

الاضطراب الجنسي:

هو خروج الإنسان في سلوكه الجنسي عن تلك الشروط الطبيعية للجماع، وبذلك تنحرف الغريزة الجنسية عن هدفها، وعن موضوعها وموطنها، وغالباً ما يتشارك الانحراف الجنسي بانحرافات أخرى تتجلى في شخصية الفرد، وطباعه وفي علاقاته مع المجتمع.

طبعاً، كل ما هو خارج عن الطبيعي هو انحراف أو شذوذ، وكل ما هو خارج عن قوانين المجتمع وعاداته يسمى أيضاً انحرافاً، فمثلاً إذا كان المجتمع يسمح بقتل الأطفال كما في المجتمعات البدائية، فإن هذا العمل يعتبر طبيعياً في نظر هذا المجتمع، بينما هو انحراف لدى المجتمعات المتحضرة، وحتى ولو كان الهدف تحديد النسل. والآن أصبح ينظر إلى الانحرافات الجنسية على أساس أنها أمراض أكثر مما ينظر إليها على أنها انحرافات بالمعنى الإحصائي والذاتي والاجتماعي.

هذا، ويعد وجود علاقات جنسية سليمة ومشبعة بين الزوجين أمرًا أساسيًا في كل زواج سعيد ناضج، ذلك أنه إذا كان السكن هدفاً غاية من أهداف الزواج كما ورد في الآية القرآنية الكريمة: "ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجًا لتسكنوا إليها، وجعل بينكم مودة ورحمة". فإن المشاكل الجنسية منغص كبير لهذا السكن على المستويين النفسي والجسدي، ولذلك اعتبر الحديث الشريف العلاقة

الجنسية بين الزوجين عملاً نُؤجر عليه، فقد روى مسلم عن أبي ذر في حديث طويل أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال:"وفي بضع أحدكم صدقة (البضع يعني الاتصال الجنسي) قالوا يا رسول الله، أيأتي أحدنا شهوته ويكون له فيها أجر؟! قال صلى الله عليه وسلم: "أرأيتم لو وضعها في حرام كان عليه وزر؟ " قالوا: بلى يا رسول الله، قال: "فكذلك إذا وضعها في الحلال كان له فيها أجر".

وقد أثبتت الدراسات النفسية أن السكن والمودة والرحمة بين الزوجين تزداد قوة بوجود توافق جنسي بينهما، وذلك لأن العلاقة الجنسية بحكم طبيعتها مصدر نشوة ولذة، فهي تشبع حاجة مُلحة لدى الرجل والمرأة على السواء، واضطراب إشباع هذه الغريزة لمدة طويلة يسبب توترًا نفسيًا ونفورًا بين الزوجين، إلى الحد الذي جعل كثيرًا من المتخصصين ينصحون بالبحث وراء كل زواج فاشل أو متعثر عن اضطراب من هذا النوع.

وكثيراً ما يتنقل العديد من هؤلاء الأزواج بين العيادات الطبية والنفسية مدة طويلة يبحثون عن العلاج الناجع لشكاواهم ومشاكلهم دون جدوى وهم لا يدرون. أو يدرون ولا يصرحون، إن وراء كل ذلك معاناة واضطراباً في العلاقات الجنسية.

وفي المقابل، فإن العديد من الصعوبات والمشكلات داخل الأسرة يمكن أن يغطي عليها ويخفف من وقعها وجود توافق جنسي بين الزوجين، ذلك أن الارتواء الجنسي المشبع يجعل الحب وعلاقة المودة يتجددان باستمرار، مما يورث نوعًا من الرضا عن الآخر، يجعل كل زوج يغض الطرف عن هفوات صاحبه، كما قال الشاعر: وعين الرضا عن كل عيب كليلة وعين السخط تُبدي المساوئ.

لهذا فمن الطبيعي أن نجد العيادات النفسية تمتلئ بهذا النوع من الأزواج الذين يطلبون المساعدة. وسنحاول هنا أن نبين بعض الأسباب التي تسبب سوء التوافق الجنسي بين الزوجين.

أولا: أسباب سوء التوافق الجنسي، مثل:

- الجهل بحق المرأة في المتعة الجنسية: وهذا راجع إلى النظرة إلى المرأة التي تعتبرها محل متعة وكيف! وعليها أن تهتم بالإنجاب والأولاد، أما الاستمتاع فهو من حق الرجل وحده! وقد ساد هذا في مجتمعنا كما في مجتمعات كثيرة ولا يزال شائعاً مع الأسف الشديد، وهو مناقض لقواعد الزواج السليم، كما هو مناقض للشرع الكريم الذي يقتضي أن من الواجب على الزوج أن يعف زوجته. كما أن من الواجب عليها أن تعفه.
- عدم وجود التفاعل الجنسي بين الزوجين: فكثيراً ما تخلو الحياة الجنسية للزوجين من مساعدة كل واحد منهما الآخر على التمتع باللذة وتحقيق الإشباع الجنسي، وهو ما يسبب نفورًا نفسيًا قد يتطور إلى علاقات سيئة متوترة، وقد يُصرَف ذلك التوتر على مستويات متعددة، فيقل الاهتمام بالأسرة، ويهرب الزوج خارج البيت بحثاً عن جو آخر موفر للراحة النفسية، أو قد تنطوي الزوجة على نفسها أسفًا، ومن ذلك: ألا يجد الزوج من زوجته تجاوباً جنسياً كافياً.
- فتور العواطف بعد فترة من الزواج: فعادة ما يسبق الحياة الزوجية نوع من تلهف وشوق أحد الزوجين للآخر، وقد يستمر فترة بعد الزواج. لكن كثيراً ما يعقب ذلك فتور في العاطفة المتأججة، فتخبو رغبة كل واحد من الزوجين إلى صاحبه، قد يكون من أسباب ذلك:

أ. قصر علاقة المحبة والمودة بين الزوجين على الجانب المادي الجنسي، وعدم محاولة تنمية مختلف جوانبها الإيمانية والمعنوية والفكرية والجسدية.

ب. وقد يكون من أسبابه أيضاً عدم محاولة تنمية الحب بينهما ورعايته حتى لا تخبو جذوته وتنطفئ.

- الأمراض والاضطرابات الجنسية: فهناك العديد من الاضطرابات الجنسية ذات الجذور العضوية أو النفسية، يمكن أن تكون سببًا في التنافر بين الزوجين، ومن تلك:

أ. اضطرابات البرود الجنسي.

ب. سرعة القذف لدى الرجل.

ج. والمشكلات العضوية لدى المرأة العامة أو الأنثوية أو إيلام العملية الجنسية وغيرها.

وهذا، يعتمد الأداء الجنسي الملائم لدى الرجال والنساء على :

1. الاستعداد العقلي المتوقع (الدافع الجنسي أو حالة الرغبةDesire).
2. تنبه واستيقاظ Arousal الأوعية الدموية (الانتصاب عند الرجل Erection والاحتقان Swelling والتزليق Lubrication عند الأنثى).
3. رعشة أو هزة التهيج الجنسي أو رعشة الجماع orgasm.

ويذكر في الطبعة الثالثة المعدلة لمرجع رابطة أطباء النفس الأمريكية للتشخيص بأن تثبيط حلقة الاستجابة الجنسية ربما يحدث في مرحلة أو أكثر من مراحل حلقة الاستجابة الجنسية، إلا أن تثبيط مرحلة الانحلال أوالانصراف يندر أن يكون هاما. وبصفة عامة فإنه بالإمكان اضطراب كلا من البعد الشخصي للرغبة والتنبه والاستيقاظ والرضا، والبعد الموضوعي المدرك بالحواس (للأداء والاحتقان الوعائي والرعشة)، إلا أنه من الممكن أحيانا اضطراب أي من هذه العناصر منفردا. قد تكون الاضطرابات أولية أي تبقى مدى الحياة ولا يستطيع المصاب الوصول إلى أداء جنسي فعال في أي حالة بسبب صراع نفسي داخلي. أو تكون الاضطرابات ثانوية (بسبب ما) بعد أن كان هناك أداء وظيفي طبيعي. وفي هذه الحالة تكون الاضطرابات إما معممة أو تقتصر على موقع أو حالة معينة أو على شركاء معينين. وتكون درجة الاضطراب أو تكراره إما كاملة أو جزئية. يعاني

معظم المرضى من القلق والشعور بالذنب، والخجل والحياء، ويصاب الكثير منهم بأعراض جسدية.

وقد تكون أسباب خلل الوظيفة الجنسية سواء الأولية أو الثانوية متماثلة. ودائماً يكون هناك ضعف في وسائل الاتصال (سواء بالمخاطبة أو التلميح). وتشتمل العوامل النفسية المسببة على:

- الغضب من الشريك.
- الخوف من الأعضاء التناسلية للشريك.
- انعدام الخصوصية أو الخوف من العلاقات الغير شرعية.
- الخوف من فقدان السيطرة على النفس.
- الخوف من الاعتماد والتبعية.
- الخوف من الحمل.
- الشعور بالذنب بعد تجربة سارة.
- الاكتئاب.
- القلق الناجم عن الخلافات الزوجية.
- الأوضاع المعيشية الصعبة.
- التقدم بالعمر.
- الخرافات الجنسية (مثلا الاعتقاد بوجود آثار ضارة للاستمناء، استئصال الرحم أو سن اليأس.

وثمة مجموعة من النظريات التي فسرت الاضطرابات الجنسية، وعلى رأسها:

أولاً: نظرية فرويد في التحليل النفسي:

يقول «فرويد» في تحليله للانحراف الجنسي بأن الانحراف يعتمد على عنصرين رئيسيين هما ثنائية الجنس، والليبيدو.

1. نظرية ثنائية الجنس: تعد هذه النظرية إن كل شخص ذكر كان أم أنثى فيه جزأين، جزء رجل وجزء امرأة. وافتراض أنه في الذكر الطبيعي تكون الغلبة للذكورة والفعالية، وعند الأنثى الطبيعية تكون الغلبة للأنوثة والفعالية، وعلى هذا الأساس فإنه عند الرجل المنحرف تتغلب الانفعالية والسلبية بينما عند المرأة المنحرفة تتغلب لديها الفعالية والذكورة لذلك نجدها تنتهج مناهج الرجال في أفعالهم وسلوكهم.
2. نظرية الليبيدو: وهي مراحل النمو الجنسي النفسي عند الفرد كما ذكرها فرويد:

1) المرحلة الفمية.
2) المرحلة الشرجية.
3) المرحلة القضيبية.
4) مرحلة الكمون.
5) مرحلة النضج الجنسي.

ثانيا: نظرية رايش والاقتصاد الجنسي:

اتصف رايش بمعالجة العُصابيين من الأسر الفقيرة والأوساط العمالية بعكس فرويد الذي اهتم بمعالجة العائلات الغنية والأوساط الميسورة. لذلك كان رايش أول من درس مدى تأثير الوضع المادي الاقتصادي على العمال في نشوء الانحراف الجنسي، ولذلك كان تركيزه على البيئة الاجتماعية والاقتصادية بوصفها المسببة للانحراف. وعزا رايش إلى الكبت الجنسي والضغوطات الاجتماعية والاقتصادية ضد الإنسان في ظل البرجوازية وما لذلك من أثر في بناء شخصية الإنسان وتوجيهها نحو الاتجاه الصحيح أو نحو الاتجاه المنحرف.

ثالثاً: النظرية التكيفية:

نادى بهذه النظرية "ساندور رادو"حيث يعزي أسباب الانحراف الجنسي إلى الفرضية التالية «إن الشذوذ الجنسي يحدث بسبب الخوف من الجماع الطبيعي مع الجنس الآخر، وخاصة يكون الخوف من الجماع مع الحبيب، إذا كان هناك حب عذري، والخوف قد ينجم عن تجارب مؤذية ومستمدة من العقائد الخاطئة، وقوانين والتقاليد الاجتماعية البالية، ولذلك يلجأ إلى السلوكيات المرضية كحالة للتكيف مع خوفه هذا وعلى هذا الأساس يكون الانحراف وسيلة يدافع بها المنحرف عن الأذى الذي سيقع به في حال ممارسة الجماع الطبيعي، ويقول «رادو»: إن الخوف ينشأ عن أسباب هي:

- موقف الأهل الخاطئ تجاه مظاهر الأوديبية عند الطفل.
- موقف الأهل (آباء وأمهات) تجاه التفتح الجنسي عند الطفل، حيث يكون هذا الموقف خاطئاً.
- إعاقة الأهل للعلاقات الجنسية الطبيعية التي يقيمها أولادهم.

رابعاً: النظرية الوراثية:

قال كرافت: إن سبب الانحراف الجنسي هو وراثي بنيوي، واعتمد في ذلك على بعض الشذوذات البيولوجية لدى المنحرفين جنسياً، مثال ذلك «التخنث الذكري» أو وجود أعضاء ذكرية وأنثوية عند نفس الشخص، أو بسبب نقص أو غياب الهرمونات الجنسية عند الشخص، وهذا ما يجعل الشخص منحرفاً جنسياً نظراً لبنائه البيولوجي الشاذ. ولكن هذا الاتجاه حورب بشدة من قبل أصحاب نظرية التحليل النفسي، بدليل:

1) إن هناك أشخاصاً طبيعيين تماماً، ولكن يحدث لديهم انحراف جنسي لظروف طارئة (السجن، موت الزوج)، ولكن يعودون إلى نشاطهم الطبيعي إذا زالت هذه الظروف.

2) لم يوجد دليل علمي على أثر زيادة الهرمونات أو نقصانها في توجيه الدوافع الجنسية.
3) إن نسبة المنحرفين جنسياً بسبب شذوذات خلقية فيهم ضئيلة جداً.

خامساً: النظرية الاجتماعية:

تقول هذه النظرية: إن البيئة والمجتمع الذي يقيد ويمنع الممارسات الجنسية الطبيعية فإنه سيؤدي حتماً إلى انحراف جنسي.

سادساً: النظرية الثقافية:

تقول هذه النظرية بأن كل العوامل التي تساعد في تثقيف الفرد تثقيفاً سيئاً ستدفع به إلى الانحراف. ويعزي المحللون النفسيون هذه العوامل سواء أكانت المدرسة أم البيت أم السينما أو التلفزيون أو الصحافة إذا ما أسيء استخدامها.

وخلاصة القول إن للانحراف الجنسي عوامل عديدة منها: نفسية، واقتصادية، واجتماعية، وبيولوجية، والجنسية هي نظيرة الشخصية، واضطرابات الشخصية هي دوماً التي تثير الاضطرابات الجنسية، فالعجز الجنسي والانحراف الجنسي دليل من دلائل انحراف داخلي عام.

سابعاً: نظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

إنه لمن الصعب عرض الطريقة العقلانية الانفعالية في معالجة الجنس ضمن فصلٍ موجز. حيث إن لهذه الطريقة مفهوماً شاملاً يقود إلى الذهاب خلف التقنيات التي تطبق عادة من قبل معالجي الجنس التابعين لمدارس أخرى، مثل: التحليل النفسي، أو مدرسة "ماستر وجونسون"، وهما زوجان حدهما مختص بمشكلات النساء الجنسية، والآخر في الولادة، حيث أسسا مدرسة لعلاج الاضطرابات الجنسية في الولايات المتحدة الأمريكية، ومن خلالها تعالج الاضطرابات الجنسية عند الأزواج، وذلك من خلال معرفة مستوى الرغبة الجنسية أو اشتهاء المثير

الجنسي مع الشريك أو الاشتهاء الجنسي مع العشيق، Masters and Jonson school. وقد لاقت هذه المدرسة شهرة واسعة في أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية، ولها طرق في علاج الاضطرابات الجنسية بين الزوجين تعرف باسم طرائق "ماسترز وجونسون" في علاج مشكلات الجنس. كما أنها لم تتضمن فقط الطرائق التي أفادت منها تلك المدارس الأخرى، بل تجاوزت ذلك إلى أسس نظرية كجزء متمم لنظرية العلاج النفسي. لذلك سوف لن يتم التأكيد في هذا الفصل على كل شيء يمكن أن يُستخدم في العلاج العقلاني الانفعالي لمشكلات الجنس. حيث يوجد هناك العديد من الكتب والكراسات التي خُصصت لمثل هذا الموضوع (Ellis, 1958c, 1960a, 1961,1963, a, b, 1972,1976,1979,1980, a, c, d) بل سنحاول أن نذكر وبإيجاز مجالات مختلفة من العلاج العقلاني الانفعالي (RET) وكيفية تداخلها مع الأنواع الأخرى لعلاجات الجنس، وسوف نؤكد على تلك الجوانب الفريدة في العلاج العقلاني الانفعالي والمتلازمة مع التطبيقات المعرفية السلوكية. فمنذ بداية العلاج العقلاني الانفعالي (RET) وهو يُطبق في علاج مشكلات الجنس البشري وخاصة تلك المتعلقة بالعجز والبرود الجنسي.

في الحقيقة لم يتعامل ألبرت في البداية كثيراً مع العلاج الجنسي، لأن المشكلات الجنسية أكثر من أي مشكلات نفسية أخرى تحتاج إلى استخدام فعّال للتعليم المباشر، والتدريب، والتكليف بالواجبات والمهام المناسبة من قبل معالج فعّال ومتمرسٍ في هذا المجال. لذلك بعد أن اكتشف إليس عدم فعّالية تقنيات التحليل النفسي في علاج المشكلات المتعلقة بالجنس، عمدً إلى تطوير ذاتي في استخدام الطريقة العقلانية الانفعالية أكثر مما سبق. وعلى أية حال، يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي في معالجة الصعوبات الجنسية الطريقة المعرفية، الانفعالية، السلوكية الشاملة. وسنوجز فيما يلي عناصرها الأساسية.

أ. العلاج المعرفي للجنس Cognitive Sex Therapy
ب. تقديم المعلومات Information Giving
ج. نماذج العلاج الأخرى (Master and Johnson 1970, Hartman and Fithian (1972, Kaplan 1974).

ويؤكد المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي أن معظم العملاء الذين يعانون من اضطراب جنسي، العدائية، أو الاندفاعية يتعلمون مقداراً جيداً من المعلومات المعرفية، التي يبدون عوزهم إليها في البداية. وبالتوافق مع نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، تفيد تلك المعلومات في تحرير العملاء من بعض الأفكار اللاعقلانية: مثال ذلك، يجب أن يمارسوا تواصلاً جنسياً ناجحاً وممتعاً، إن الرجال والنساء العاديين يرغبون بممارسة الجنس باستمرار، ويمكن إثارتهم بسهولة، وإن تلك الإثارة العفوية بين الشريكين، يجب أن تحدث إذا كان هناك تواصلاً جنسياً جيداً بينهما، كما يمكن أن يشعروا بتلك الإثارة بسهولة عند مقابلة رفاقهم بمشاعر الحب. لكن الأفكار السابقة لا تعدُّ هامة وضرورية في العلاقات الجنسية. حيث توجد وتتوالد رغبات الميول إلى الزنا بشكل غير شرعي ولا أخلاقي؛ وبذلك تُشبع تلك الرغبات بمجرد حدوث الجماع بين الشريكين وإطفاء تلك الشهوة أو التهيج. ولذلك يقدّم المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي الكثير من المعلومات كغيرهم من معالجي الجنس ولكنهم لا يقدمون تلك المعلومات فقط من أجل المعرفة وإجراءات التدريب اللازمة للأفراد سيئي التوافق الجنسي، ولكن من أجل مساعدتهم على إنجاز واتخاذ موقفاً شخصياً عقلانياً اتجاه الجنس، الحب، والزواج، بالإضافة إلى مساعدتهم في الابتعاد عن الأفكار والخرافات الهادمة للذات وللعلاقات الزوجية.

ونظراً لاختلاف المشكلات الجنسية التي يتعرّض لها الأفراد، يُنصح باستخدام بدائل متنوعة للطرق التقليدية التي كان يستخدمها المعالجون سابقاً مثل (تقنية العصر في معالجة القذف السريع). ومن الإجراءات البديلة المستخدمة في حالات القذف السريع الذي يرافقه زيادة في الشهوة الجنسية مع الشريك، استخدام الأفكار المسلية، استخدام التمارين التنفسية، والإفادة من تقلصات المصرة الشرجية (إليس، 1960).

فنيات العلاج RET للجنس:

ينصح المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي باستخدام طرق وتقنيات متنوعة في معالجة المشكلات المتعلقة بالجنس (كاستخدام الأفكار المسلية والمساعدة على شرود الذهن) التي سيتم عرضها فيما بعد، والتي تجنب استخدامها كل من ماسترز وجونسون عام 1970 (Masters and Johnson, 1970).

1) طرق التخيّل Imaging Methods:

يطبق العلاج العقلاني الانفعالي عدداً لا بأس به من طرق التخيّل في العلاج الجنسي. وخاصة مع الذكور والإناث الذين يعانون من صعوبات في الإثارة أو الشهوة الجنسية (برود جنسي) حيث يتم تعليمهم على استخدام أي نوع من الفانتازيا المناسبة لحالاتهم، بدون أي خجل أو شعور بالإثم، لكون ما يقومون به غير متفق عليه اجتماعياً. وهكذا قد يساعد المعالج أولئك الأفراد على ممارسة حالات وتجارب وهمية نظامية، أنواع مختلفة من التخيلات، فانتازيا رومانسية، والتركيز على استجابات شركائهم ومن الممكن استخدام بعض المواد المكتوبة والمصورة كوسائل مساعدة للتخيل.

ومن الطرق التخيلية تلك التي تتضمن مجالات معرفية، انفعالية، وسلوكية، وتدخل في عمل العلاج العقلاني الانفعالي: التخيل العقلاني الانفعالي (REI)، المطّورة من قبل ماكسي ومولتسبي (Maxie.Maultsby..1971) الذي اعتبرها من التقنيات الرئيسية للعلاج العقلاني الانفعالي. (Maultsby & Ellis, 1974)، وقد طبق إليس هذه التقنية REI بشكل فعّال مع سالي التي عرضت حالتها في كتاب معالجة مشكلات الحب والجنس عند المرأة Treatment of Sex and Love Problems in Women (إليس، 1974) أتت سالي إلى عيادتي تشكو من إنها بلغت الذروة فقط بشكل عرضي، حتى عندما دلّك لها محبيها منطقة البظر لمدة (15– 20) دقيقة، وفي

الوقت التي أتت فيه للمعالجة بدأت تشعر بأنها فقدت شهوتها نهائياً، ولم يعد أي شيء يثيرها. شرحتُ لها طريقة التخيل العقلاني الانفعالي REI خلال الجلسة الثانية "أغلقي عينيكِ الآن، وتخيّلي بأنك تستطيعين ممارسة الجنس مع من تحبين، هل تستطيعين؟"

أجابت: "نعم"

"حسناً، استمري في تخيلك. مارسي الجنس معه، وتصوري بشكل حيّ أنه لم يحدث لكِ شيء جراء ذلك. كل شيء يؤكد الإخفاق التام، يبدأ شريكك بالشعور بعدم الرضا كما يصاب بخيبة أمل. لأنك أخفقت في التوافق معه، ويبدأ يتوقع فشلكِ في إرضاء أي رجل كان. تصوري تلك المشاهد دراميّاً قدر المستطاع، واجعلي منها أحداثاً واقعية."

"أستطيع فعل ذلك. أني أرى بوضوح الآن."

"جيد، ماذا تشعرين الآن؟ وماذا تشعرين في أعماقك؟ حالما تخفقين جنسياً؟".

"يا للفظاعة، يا لليأس!" صحيح، هذا هو الشعور الذي ينتابك عند حدوث مثل ذلك الشيء. الآن، غيري مشاعرك العميقة إلى مشاعر خيبة وإحباط فقط، مع المحافظة على نفس المشهد الخيالي في رأسك، لكن فقط مع مشاعر الأسف، الخيبة، والإحباط. وليس يأس وفظاعة ورهبة.

- هل تستطيعين ذلك؟
- أنني أجد صعوبة شديدة في تحقيق ذلك".
- أعرف ذلك، إنه عمل صعب لكنك تستطيعين القيام به – لديك مقدرة قوية على تغيير مشاعرك – حتى ولو لوقت قصير. لذلك حاولي ثانيةً واحصري مشاعرك بالخيبة والإحباط فقط".

(بعد توقف قصير): "حسناً، أخمّن بأنني أستطيع فعل ذلك الشيء".

- تستطيعين فعل ماذا؟

- أشعر بالخيبة فقط. صحيح أن اليأس يتملكني، لكنني أستطيع تغيير ذلك الشعور ولو لبرهة".

- جيد، لقد عرفت بأنك تستطيعين ذلك، الآن، ماذا فعلتِ كي غيّرتِ تلك المشاعر؟"

- دعني أرى. أظن بأنني فكرت أن حدوث ذلك الشيء لا يعني نهاية العالم، وصحيح أنني أرغب بالإثارة الجنسية عندما أكون مع هنري، لكن ذلك غير مفروض عليّ."

- نعم ذلك جيد، أي شيء آخر؟"

- نعم، أخمّن أيضاً، أنني لن أكون شخصاً فاسداً وسيئاً إذا لم أستطع ممارسة الجنس بإثارة مرة أخرى، بل ستكون صفة من صفاتي ولن يعيبني ذلك. فما زال لدي تصور بأنني امرأة."

- جميل ذلك، عليك أن تستمري بذلك التفكير إذا كنت تريدين الشعور بالخيبة فقط بدل الإحباط، وأنك لن تكوني امرأة فاسدة إذا خسرت صفة الجنس، بل يمكن أن تستمعي بشخصك، وتنشئي علاقات حب ناجحة دون شهوة جنسية."

- نعم، لقد أدركت الآن بأنني أستطيع ذلك."

- حسناً، الآن، إذا أردت تطبيق تقنية التخيّل العقلاني الانفعالي كل يوم، لفترة الأسابيع التالية، وإذا استمريت في تطبيق ذلك، سوف تصبح الأمور اعتيادية وجزءاً منكِ. وسوف تدركين أكثر بكثير مما سبق، أن الخيار بين يديك فيما يخص أفكارك أثناء تخيّل موقف الفشل الجنسي، وإنه بإمكانك أن تختاري الشعور بالأسف والخيبة بل اليأس والبغض. ومن خلال المحافظة على اختيار تلك المشاعر الملائمة، سيصبح الأمر تلقائياً واعتيادياً وهكذا كل يوم خلال الأسابيع التالية، طبقي هذا النموذج من التخيل العقلاني الانفعالي حتى يصبح شعورك وتفكيرك طبيعيين.

- أجابت سالي: "نعم سأفعل."

طبقّت سالي ما نصحتها به بثبات خلال أيام الأسابيع التالية، ونقلت ما حصلت معها عندما مارست الجنس مع حبيبها، بأنها شعرت في بادئ الأمر باليأس الشديد الناجم عن الفشل الجنسي، ثم ما لبثت أن غيّرت ذلك الشعور تلقائياً إلى مشاعر من الحزن والخيبة، وبعد عدة أسابيع، شعرت بأنها أفضل بكثير مما سبق، فقد أثبتت قدرتها على التخيّل الجنسي فقط لإثارة ذاتها.

2) نقيض الحتمية والتضخيم في المشاعر والأفكار Antiaw Fulizing and Antiabsolutizing

يتضمن التخيّل العقلاني الانفعالي عادةً تقنية النقيض لكل من مشاعر الحتمية والتضخيم (المبالغة)، وذلك لأنها تساعد الأفراد الضعفاء جنسياً معرفياً، انفعالياً، وسلوكياً على ممارسة الأفعال والتفكير بشكل مختلف عن عادتهم، بحيث يستطيعون تغيير أفكارهم غيْر الواقعية والقائمة على التضخيم والمبالغة حول الأحداث الحياتية. وتؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على أنه عندما يعمل الأفراد على تحويل رغباتهم وتفضيلاتهم إلى مطالب حتمية، مطلقة، وقائمة على الكمال (من المفروض.....، ينبغي.....، يجب.....)، سيشعرون بالاضطراب الانفعالي والخلل الوظيفي في السلوك. كما تعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن الاستمناء masturbation صفة جيدة وغير ضارة ولكن المطلق masturbation صفة محدثة للاضطراب بكل أنواعه (معرفياً – انفعالياً – سلوكياً). وبالتالي فهي تعلّم البشر على البحث جيداً في أفكارهم اللاعقلانية (الينبغيات musts) ومن ثم دحضها وتغييرها إلى عقلانية منها. كما نلجأ في العلاج العقلاني الانفعالي إلى تعليم العملاء ذوي المشكلات الجنسية، نموذج ABC للاضطراب الانفعالي، كما نساعدهم في استخدام الأدوات المعرفية الانفعالية والسلوكية لتغيير ذلك النموذج نحو الأفضل. بالإضافة إلى ذلك، نحن لا نتعامل فقط مع المشكلات الجنسية للعميل، بل مع ميوله القاطنة وراء تلك المشكلات وبالتالي تحويل الاضطراب إلى جوانب الحياة غير الجنسية.

وسنوضح الآن إجراءات العلاج العقلاني الانفعالي في هذا الاعتبار مع ملخص لحالة ذكر في التاسعة والعشرين من عمره ويعاني من عجز جنسي. فعلى الرغم من أنه قد نجح جنسياً مع زوجته، التي بقي معها حوالي أربع سنوات، إلا أنه لم يحقق أية نجاح مع إناث أخريات– لا قبل ولا بعد الزواج – إلا مع النساء العاهرات اللواتي بدوا بالنسبة له كالمركب العتيق Hooker.

لقد اكتشف مشاعره الناتجة عن عقدة أوديب اتجاه والدته (التي استمرت بانتقاده جنسياً منذ طفولته المبكرة)، وعلاقتها بعجزه الجنسي خلال فترة الخمس سنوات التي قضاه في العلاج بالتحليل النفسي، ولكنه أصبح أكثر عجزاً خلال ذلك الوقت.

لقد حاول المعالج (إليس) أن يوضح لهذا العميل أنه على الرغم من أن عدم قدرته على الإثارة الجنسية قد تكون ناتجة عن خوفه من الجنس وممارسته مع امرأة حسناء (قد تمثل والدته)، إلا أن استمرارها وسببها هو الفكرة غير العقلانية الكامنة وراء شعوره بالذنب جراء ممارسة الجنس بنجاح مع أمٍ بديلة. بالإضافة إلى أفكار غير عقلانية أخرى. ففي الموضع(C) كانت نتائجه الانفعالية (الدلائل العُصابية)، هي فشله في ممارسة الجنس مع نساء حسناوات. وكنتيجة إضافية شعوره بالخجل جراء ذلك الفشل. أما في الموضع(A) كانت الأحداث المنشطة هي تلقيه الإذن من امرأة جيدة كي يمارس الجنس معها. وبما أن، حسب مصطلحات العلاج العقلاني الانفعالي، النتائج C تتبع الأحداث المنشطة A، وبما أن الأحداث المنشطة لا تساهم بشكل مباشر في إحداث تلك النتائج، فإن المسألة الأساسية هي تغيير مكونات الأفكار والمعتقدات B حول الأحداث المنشطة A (أي ما يعتقد به الفرد ويتحدث فيه مع نفسه بشكل لا عقلاني). وكما في حالات كثيرة كهذه، بدا إليس مع العميل من النتيجة الثانية وهي خجله من عجزه الجنسي. وفي النموذج السابق(ABC) تمثل (A) فشله الجنسي، وتمثل(C) خجله من ذلك الفشل وتشمل مشاعر الخجل، اليأس، والتقليل من شأن الذات. أما (B) فتمثل جانبين:

1) الأفكار العقلانية (RB) والأفكار غير العقلانية(IRB).

كانت أفكار العقلانية واضحة "أرغب كثيراً في أن أكون ناجحاً جنسياً مع كل النماذج من النساء، بما فيهم الحسناوات، ولأنني فشلت في إنجاز ذلك النجاح في الحاضر، شعرت بالكراهية، فكم من المحزن أن أفشل! فقد كنت أتمنى النجاح عوضاً عن الفشل. دعني الآن أرى ماذا يمكن أن يحصل إذا ذهبت مع تلك المرأة إلى الفراش، لعل أستطيع أن أشعر بإثارة جنسية نحوها".

إن استمرار الأفكار العقلانية السابقة سيولد مشاعر وانفعالات ملائمة من الحزن، الندم، الإحباط، والقلق بسبب العجز الجنسي المحدث في(A). لكن بما أن العميل يشعر بشكل غير ملائم بالخجل ودنو مستوى الذات في الموضع (C) فإننا نفترض جدلاً وجود أفكار غير عقلانية وراء تلك الانفعالات مثل:"يا له من أمر فظيع أن أكون عاجزاً جنسياً! لا أستطيع تحمل تلك الفكرة! يجب ألا أتصرّف بتلك الطريقة". وبعد تولّد تلك الأفكار اللاعقلانية، يشعر العميل بالخجل وقلة الشأن في الموضع(C).

يرغب العميل، كما نوده أن يرغب، في إزالة تلك المشاعر غيْر الملائمة في الموضع C، لذلك عمل المعالج على مساعدته في دحض أفكاره غير العقلانية المسببة لتلك المشاعر. وقد تكونت عملية الدحض من أربعة أسئلة رئيسية، هي التالية:

1) ما الذي يجعل فكرة عجزي الجنسي فكرة شنيعة ومرعبة؟
2) لماذا لا أستطيع تحمل وجود مثل تلك الأعراض (علامات العجز) ؟
3) ما الدليل الذي يفرض عدم وجود العجز الجنسي لدي؟
4) إذا كنتُ أتصرف بعجز، فكيف أصبح تافهاً وفاسداً جراء ذلك؟

بعد ذلك يمكن للعميل أن يجيب نفسهُ في الموضع E (الفكرة الجديدة الفعّالة):

1) لا شيء يجعل صفة العجز الجنسي التي أمتلكها صفة شنيعة ومرعبة، يمكن أن

تكون محبطة، ولكن لا يمكن أن تصل إلى درجة(100٪)من السوء. فالرعب ينشأ من اعتقادي بأن الأمور يجب ألا تسير بذلك الشكل غير الملائم، ولكن إن حصل وسارت على ذلك النحو! فيا للعسر! بغض النظر عن الأضرار التي يمكن أن تسببها، فلا يمكن أن تكون أسوء من ذلك."

2) أستطيع، ثانيةً تحمّل فكرة عجزي الجنسي، على الرغم من عدم رغبتي به، ومن الأفضل ألا أكون خجولاً من ذلك، فالحزن يكفي.

3) لا أستطيع إيجاد أي دليل أو إثبات يدعم افتراضي بوجوب عدم وجود ذلك العجز الجنسي، لذلك يُفضل أن أحول ذلك الوجوب إلى رغبة، لأن العجز الجنسي لن يسبب لي الموت، وفضلاً عن ذلك يمكنني امتلاك بهجة الجنس وإرضاء شريكتي، حيث يوجد هناك مجالات أخرى للمتعة غير الحياة الجنسية.

4) إن عجزي الجنسي لن يجعلني تافهاً وحقيراً إلى الحد الذي أتصوره، فأسوء ما في الأمر هو أن أكون شخصاً معاقاً، وتلك الصفة لن تجعل مني رجلاً سيئاً، لذلك يمكنني قبول ذاتي على ما هي عليه كما يمكن أن أحيا بسعادة على الرغم من النقص أو العجز الجنسي الذي أعاني منه.

من خلال مساعدة ذلك العميل عن طريق نموذج ABCDE، استطاع قبول ذاته على الرغم من عجزه والتخلص من مشاعر الخجل الناتجة عن ذلك العجز. وعندما شعر بالتقدّم والتحسن من ناحية الشعور بالخجل، استطاع العمل على المشكلة الأساسية ذاتها وهي العجز الجنسي، وفي هذا المضمار كان نموذج ABC كما يلي:

- (A) الأحداث المنشطة وهي "هذه المرأة الحسناء تريدني أن أمارس الجنس معها".
- (RB) الفكرة العقلانية وهي "ألن يكون من سوء الحظ والخيبة إذا فشلت معها، وخاصة أنني فشلت كثيراً قبل ذلك".
- (IRB) الفكرة غير العقلانية وهي "سوف يكون من المرعب إذا فشلت، يجب أن أنجح، وإلا سأبدوا ضعيف الجسم والشخصية.

- (C) النتائج الانفعالية وهي "انتصاب غير كاف للبظر".
- (D) دحض الأفكار غير العقلانية: "كيف يمكن أن تكون الأمور شنيعة إلى ذلك الحد إذا فشلت؟"

"ما الإثبات على وجوب نجاحي جنسياً؟"

"ما الدليل على ضعفي كشخص إذا فشلت؟"

- (E) الفكرة الجديدة الناتجة عن الدحض، لا شيء فظيع إذا فشلت جنسياً، فالأمور تسير ضمن نطاق الخيبة، سوء الحظ، وعدم الموائمة. ولا شيء أكثر من ذلك، كما أنه لا يتوفر هناك أي دليل يفرض عليّ النجاح جنسياً، على الرغم من أن النجاح أمر مرغوب فيه. وإذا فشلت فلا يعني ذلك أنني فاشلاً أو لست رجلاً، فأنا مخلوقٌ بشري يمكن أن ينجح كما يمكن أن يفشل، ولذلك فإن فشلي أو عجزي الجنسي لا يدل على أنني رجل سيء وضعيف. وإنما سلوكي هو الضعيف وليس جوهري كشخص".

وبعد أن تابع العميل دحض أفكاره، استطاع التقدّم والتحسن جنسياً. حيث قام بعد الجلسة الثالثة للعلاج بمضاجعة امرأة حسناء وحقق نجاحاً معقولاً. وبعد حين التقى بامرأة جيدة في الباص، وقضى معها نهاية أسبوع جميل في الفراش. وهكذا، لم يعد يعاني العميل من أية مشكلات جنسية مهما كان نموذج المرأة التي يضاجعها. بالإضافة إلى ذلك استطاع العميل التغلب على مشاعر عدم الكفاءة في العمل، وقد تبيّن جراء ذلك أن تغلبه على مشكلات الجنس كان أسرع من تغلبه على مشاعر قلة الشأن والقيمة في العمل.

لقد استخدم إليس مع مرضاه تقنيات علاجية أخرى وبشكل خاص مساعدة العميل على تخيّل امرأة حسناء مثيرة جنسياً، ومقاومة كل مشاعر الشعور بالذنب جراء ممارسة الجنس معها، لكن استخدام نموذج ABC كان أكثر فاعلية في العلاج.

التخلص من إثم ممارسة الجنس Removing Sex Guilt

من الملاحظ مما سبق، أن العميل الضعيف جنسياً قد وجد راحةً وفائدة من التغلب على مشاعر الإثم. هذا وقد أثبت تقنية اختزال مشاعر الإثم والخجل فعّاليتها في أغلب الحالات، وهذا ما وضحه إليس في العديد في كتبه ومؤلفاته (Ellis, 1958 c, 1960 a, 1963 a, b, 1979) لكن حتى يومنا هذا، يوجد هناك الملايين من البشر الذين يشعرون بالإثم والخجل من ممارسة الجنس. وعلى الرغم من أن أنظمة العلاج الأخرى كالعلاج الجشتالتي (Perls, 1969)، العلاج المتمركز حول العميل (Rogers, 1961)، وعلاج Reichian (Reich, 1942, 1945) تعالج هذه المشكلة (الشعور بالإثم) بطرقها الخاصة، إلا أن العلاج العقلاني الانفعالي يتخصص في اختزال الإثم والخجل. عندما، على سبيل المثال، يشعر البشر بالإثم (في الموضع C) حول ما قاموا به جنسياً (في الموضع A)، يبحث المعالج في RET مباشرةً عن أفكارهم ومعتقداتهم (في الموضع B). حيث يقنع البشر أنفسهم بفكرتين أساسيتين هما:

1) إن ما قمتُ به من ممارسة للجنس عمل خاطئٌ حتمياً.
2) وبسبب ذلك الخطأ، يجب ألا أمارس الجنس كما يجب أن أعتبر نفسي مخلوقاً قذراً جراء فعل ذلك.

بشكل طبيعي، قد تكون الفكرة رقم (1) فكرة عقلانية، لأن البشر غير معصومين عن الوقوع في الخطأ، حيث يمكن لهم أن يخطئوا، ويقوموا بممارسات جنسية غير شرعية كالاغتصاب مثلاً. وبالنتيجة، قد تقود هذه الفكرة البشر إلى الشعور المستمر بالإثم جراء ممارستهم الجنس الذي لا يحمل ضرراً، والذي قد يكون مفيداً أحياناً. لذلك نلجأ في العلاج العقلاني الانفعالي إلى تشجيع أولئك البشر ومساعدتهم على توجيه الأسئلة لأنفسهم للتأكد من مدى صحة الفكرة الخاطئة التي يعتقدون بها. فمثلاً كأن يسألوا أنفسهم فيما إذا كانت الأفعال اللاجنسية المتنوعة (كتلك التي يكرس فيها الفرد ذاته لحياته الخاصة بدلاً من إتباع النموذج

الذي رسمه له أحد والديه) خاطئة حقاً أم لا. كما يُعلّم العلاج العقلاني الانفعالي البشر، أنه حتى عندما يرتكبوا فعلاً خاطئاً (كهدم الذات أو تلك الأعمال غير المتفق عليها اجتماعياً)، من المفضّل لهم ألا يفكروا بالفكرة رقم (2)."يجب أن أعتبر نفسي مخلوقاً قذراً". فحسب ما يَدعو إليه العلاج العقلاني الانفعالي لا يوجد هناك شخص قذر في هذا الوجود. إلا أولئك الذين يقومون بأفعال فاسدة (Ellis, 1972b, 1973). كما تعتبر مشاعر الإثم، الخجل، والنظرة الدونية للذات مشاعر غير شرعية وغير منطقية. فمن المفضل الشعور بالمسؤولية اتجاه الأعمال التي يقومون بها، لكن لا داعي للشعور بالإثم جراء الأعمال السيئة. وهكذا نجد أن المعالجين في RET يعملون على مساعدة العملاء المضطربين جنسياً في التخلص والتحرر من الذنب والوصول إلى أقصى درجة من الرضا عن الذات (Ellis, 1962, 1972b, 1973)

فنيات نفسية/ تربوية إضافية:

يوظف العلاج العقلاني الانفعالي، كجزءٍ متمم، لبرنامجه في إعادة البناء المعرفي، مقداراً جيداً من المراجع الخاصة بالعلاج بالإضافة إلى جلسات علاجية مسجلة. ويستخدم كل النماذج السمعية البصرية بما فيها الكراسات، الكتب، التسجيلات، الأفلام، المحادثات، ورش العمل، وبرامج الكمبيوتر. وهكذا يستخدم العملاء الأنواع التالية من الطرق النفسية التربوية.

- يقرأ العملاء كتب علمية وقائمة على أساس عدم الامتناع عن ممارسة الجنس مثل كتاب: جنس بدون ذنب Sex Without Guilt (Ellis, 1958c) فن وعلم الحب The Art and Science Of Love (Ellis, 1960a) المرأة الحسية Sensuous Woman (Anonymous,1970) الشخص الحساس Sensuous Person (Ellis, 1972c) بهجة الجنس The Joy Of Sex (Comfort, 1974)
- بالإضافة إلى كتابات مساعِدة في الحياة اللاجنسية وكتب أخرى مثل: العلاج النفسي البشري Humanistic Psychotherapy الطريقة العقلانية

الانفعالية Rational–Emotive Approach (Ellis,1973) دليلٌ جديدٌ للعيش العقلاني Anew Guide To Rational (Ellis,Harper,1975) Living التغلب على الإحباط والغضب Overcoming (Hauck,1974) Frustration and Anger

- يستمع العملاء لأشرطة التسجيل والأفلام كتلك الموزعة من قبل الجمعية. كما يسجلون جلسات علاجهم الخاصة على شريط تسجيل، ويستمعون إلى تلك التسجيلات عدة مرات بين الجلسات.
- بالإضافة إلى ذلك، يعملون على ملئ تقارير مساعدة الذات في (RET) حول عملياتهم العلاجية، ويستخدمون الاستمارات التي تساعدهم في تحديد ما لديهم من أحداث، انفعالات، وأفكار ضمن نموذج ABC في العلاج العقلاني الانفعالي.
- يشارك العملاء في ورش العمل. المحاضرات، وحلقات البحث في مركز العلاج العقلاني الانفعالي.
- يوجد لكل من المشاركين بطاقات عليها شعارات تساعدهم في اكتساب التعاليم العقلانية الانفعالية.

يتألف علاج الجنس في المركز ليس فقط من جلسات علاجية منتظمة، بل أيضاً من مجموعة صغيرة من الإجراءات والطرق التربوية.

العلاج الانفعالي للجنس Emotive Sex Therapy:

على الرغم من الإجراءات المعروفة والفريدة للعلاج العقلاني الانفعالي في المجال المعرفي، إلا أنه يتضمن أيضاً عدداً معتبراً من الطرق الدرامية الانفعالية وسنعرض فيما يلي بعض ما يتعلق منها بالعلاج العقلاني الانفعالي الخاص بعلاج الجنس.

1. القبول غير المشروط من قبل المعالج:

تنافس العلاج العقلاني الانفعالي مع العلاج الروجري (Bane, 1968, Rogers 1961) في عملية القبول غير المشروط للعميل من قبل المعالج. وحسب مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي يقبل المعالج البشر ذوي المشكلات الجنسية بغض النظر عن سلوكهم المرفوض اجتماعياً. (Ellis, 1973) كما كان للعلاج العقلاني الانفعالي الجماعي تجربة جيدة في علاج الجنس، فقد تخصص في تعليم كل أعضاء المجموعة كيفية قبول بعضهم البعض (حتى لو لم يكن هناك علاقات حبيّة بينهم) بشكل نظري وعملي في آن واحد. وبالإضافة إلى القبول المشروط للعملاء من قبل المعالجين. عمد أطباء العلاج العقلاني الانفعالي إلى تعليم أولئك العملاء قبول ذواتهم سواء تم ذلك القبول من قبل الآخرين أو لم يتم (Ellis, 1962, 1972, 1973, 1974; Ellis & Becker, 1982, Ellis & Harper, 1975).

2. تمارين مقاومة الخجل:

وفقاً لمبادئ وأفكار نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، يُعتبر الخجل والنظرة الدونية للذات من العوامل الهامة المساهمة في الاضطرابات البشرية. لذلك يُقدّم للعملاء وبشكل مستمر تمارين مقاومة الخجل ذوي الطبيعة الجنسية واللاجنسية، بحيث يستطيعون التأكيد لأنفسهم بأنهم إذا أنجزوا أفعالاً مخجلة وحمقاء، فلن تكون نهاية العالم، بل قد يكون هناك نتائج جيدة. وعندما يقوم العملاء بأفعال مخجلة خلال الجلسات العلاجية في العلاج العقلاني الانفعالي الفردي أو الجماعي، فلن تكون تلك الأفعال مسببة للاضطراب أو لهزيمة الذات. بل سيتم تشجيعهم على إنجاز تصرفات مخجلة لكن غير مؤذية أو ضارة مثل ارتداء ملابس مثيرة للجنس، ممارسة الجنس مع نفس الجنس أو الآخر منه، البدء بمناقشات حول مواضيع متضادة، والتحدث بود وألفة مع الغرباء حول بعض تفاصيل حياتهم الجنسية.

وهكذا، نجد أن الأنواع السابقة من تمارين مقاومة الخجل تؤدي إلى نتائج جيدة، وأحياناً خلال فترة قصيرة من الزمن، وذلك لأن في منهج العلاج العقلاني الانفعالي الفردي والجماعي، لا يتم التأكيد على إنجاز التمارين السابقة معرفياً وسلوكياً فقط بل متابعة العملاء بمناقشات ومحاضرات مضادة للتضخيم والمبالغة والتي توضح لهم كيف ولماذا لا يوجد هناك أي شيء مخجل في حياتهم. بالإضافة إلى ذلك يتم ربط الإجراءات والطرق المعرفية بقوة موجهّة، وكذلك الطرق الانفعالية وهكذا تعمل كلا القوتين معاً وتعزز كل منهما عمل الأخرى.

3. تمارين المجازفة أو المبادرة:

كما هي الحال في تمارين مقاومة الخجل، يستخدم المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي تمارين التشجيع على المجازفة أو المبادرة. فقد يرفض البشر بعناد المجازفة في مجالات الحب، الجنس، ومجالات أخرى في حياتهم، لأنهم يعرّفون المجازفة أو المبادرة على خطر فظيع وخاصة إذا اشتملت على قليل من المصاعب. وإن أكثر الأمور التي يخافون من المجازفة فيها، تلك التي يمكن أن يظهروا فيها بشكل أحمق في أعين الآخرين. حيث تصبح نظرتهم إلى أنفسهم نظرة دونية وخاصة إذا كان الأشخاص، الذين وجهوا لهم النقد جراء تلك المجازفة، يعنون لهم الكثير في حياتهم. كما أن موقفهم السابق من المجازفة سيجعلهم يتجنبون الجنس اعتقاداً منهم أن أعمال الجنس محفوفة بالمخاطر ويجب تجنبها كما لو أنها الطاعون.

لذلك، يعمل في العلاج العقلاني الانفعالي إلى تشجيع، وإقناع العملاء على القيام بأعمال تتطلب المبادرة والمجازفة. لقد قام إليس بتقديم تمارين المجازفة للعملاء في كلا جلسات العلاجين الفردي والجماعي، مثال على ذلك:

أ. أفعل شيئاً ما الآن بحيث تراه خطراً، الآن في هذه الغرفة.

ب. اختر شريكاً من هذه المجموعة بحيث تؤدي معه تحدياً شخصياً لمدة (10) دقائق واستفسر منه إذا كان يرغب بذلك.

ج. اذهب إلى الرقص وتحدث مع . على الأقل . خمسة أعضاء من الجنس الآخر، وحاول أن تحدد موعداً للقاء مع واحد منهم على الأقل.

د. بادر واسأل شريكك فيما إذا كان يرغب بممارسة الجنس معك، والذي تشعر بالخوف من عدم موافقته أو نقده لك جراء ذلك الطلب.

ه. اختر شخصاً تشعر معه بودٍ خاص، وأنه لن يرفض طلبك بممارسة الجنس معه، أو أي طلب آخر لا تتجرأ على طلبه.

و. اجلس مع مجموعة من الأعضاء، وحاول أن تلمس أجزاء مختلفة من أجسادهم ترغب أن تلمسها، حيث يمكن للشخص الآخر إعلامك بعدم رغبته بلمس ذلك الجزء لديه.

4. التخيل العقلاني الانفعالي:

لقد لاحظنا سابقاً في مقطع العلاج الجنسي المعرفي، كيف تم تطبيق التخيّل العقلاني الانفعالي (RET) مع العملاء ذوي المشكلات الجنسية، وذلك لأنها تقنية تتضمن عوامل انفعالية بالإضافة إلى المعرفية منها. لذلك يمكن تطبيقها مع العملاء الذين يعانون من مشكلات جنسية ولا جنسية.

5. التمارين غير اللفظية:

بما أن معظم عملاء العلاج العقلاني الانفعالي يعانون من صعوبة في إنجاز النشاطات غير اللفظية أكثر من اللفظية منها، نقدّم لهم تمارين غير لفظية. حيث يُطلب إليهم التعبير عن مشاعرهم اتجاه بعضهم البعض بالدوران حول الغرفة ببطء. أو يجلس أحد الأفراد في منتصف الدائرة، بينما يُعبّر الأفراد الآخرون عن مشاعرهم اتجاه ذلك الفرد بشكل غير لفظي كتعبيرات الوجه، حركات اليدين، أو التربيت على الكتفين، كما يمكن لهم أن يتصرفوا بشكل أحمق بطريقة غير لفظية كأن يقوموا بتقليد حيوان ما.

ويستخدم إليس أيضاً الإجراءات غير اللفظية لا جنسياً في عمليات الاسترخاء. لكن بعضها يتضمن معنىً جنسياً. وهكذا قد يكون لدينا أحياناً رجلين وامرأتين يستجيبوا لبعضهم جسدياً، بحيث يدركوا بذلك مدى التوافق في مشاعرهم. أو ذكور وإناث يقبلوا بعضهم البعض. بحيث يدركوا المشكلات التي يمكن أن تظهر جراء ذلك الفعل. أو يمكن تكليف أحد العملاء بواجب خارج نطاق المجموعة، وهو محاولة التواصل غير اللفظي مع شريك له جنسياً ذكر مثلاً، بحيث يتم عرض الاقتراح بحركة جسدية، وأخذ موعد دون ضرورة لمعرفة موافقته أو عدمها لفظياً.

6. الطرق الانفعالية اللفظية Emotive Verbalization:

وفق ما تؤكد عليه نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، يتسبب البشر في اضطراباتهم الانفعالية من خلال ما يحملوه من أفكار ومعتقدات سلبية وعنيفة. وهكذا يشعر الرجال والنساء الذين يعانون من اضطراب جنسي (عدم القدرة على التوافق) أنه يتوجّب عليهم تحقيق شهوتهم الجنسية والوصول إلى الجماع وإلا سيفقدوا قيمتهم كبشر. فإذا استمر أولئك البشر بذلك التفكير اللاعقلاني، سيكونون السبب في بقائهم مضطربين انفعالياً. بالنتيجة، نحن لا نحاول في العلاج العقلاني الانفعالي مساعدة أولئك الأفراد على إدراك أفكارهم المسببة للاضطراب فحسب، بل نعمل أيضاً في مساعدتهم على دحض تلك الأفكار بطريقة انفعالية عالية المستوى. وهكذا عندما نطلب، على سبل المثال، من ذكر عاجز جنسياً إثبات فكرة أنه سيكون من المرعب بقاءه دون إثارة جنسية مع من يحب من النساء.

- ويجيب بطريقة ضعيفة "حسناً، أخمن أنه لن يكون هناك إثبات."
- فتقول له: "لم تقنعنا إجابتك".

دعنا الآن نسمعك تقول بقوة وصلابة: "بغض النظر عن المرات التي أفشل فيها جنسياً مع من أحب، سيكون الأمر محزناً، مخيباً للأمل، لكن لن يكون مروّعاً أو مرعباً إلى ذلك الحد".

ثم نلح عليه بتكرار تلك العبارة أكثر من مرة حتى يعتقد بها كفكرة. وفي حالات أخرى في العلاج العقلاني الانفعالي، يساعد المعالجون العملاء على إقناع أنفسهم بفكرة، أن باستطاعتهم النجاح جنسياً، أن لديهم حق الاستمتاع بممارسة الجنس، أن آباءهم ومعلميهم يحملون أفكاراً خاطئة عن الحياة الجنسية، وأن الاستمناء والأفعال الأخرى المخجلة هي في الحقيقة ليست مخجلة على الإطلاق كما وتعتبر جيدة. بالإضافة إلى ذلك، نحن لا نعمل في العلاج العقلاني الانفعالي على تشجيع العملاء على مقاومة أفكارهم الخاطئة عن الجنس فحسب، بل نؤكد عليهم العمل المستمر ضد تلك الأفكار.

7. التغذية الراجعة الانفعالية Emotive Feed back:

يرى إليس أنه من المفيد تقديم تغذية راجعة انفعالية للعملاء باستمرار في جلسات العلاج العقلاني الانفعالي الفردي والجماعي. مثال: إذا كنا نتحدث مع امرأة تبدي حاجة ماسة للحب، حيث تعمل تلك الحاجة على إفساد علاقات الحب والجنس مع الرجال. فيقول أحد المعالجون لها: "انظري، إذا حددت معكِ موعداً، ورأيت تصرفاتك، واستنتجت بأنك مستحوذة بفكرة الحب الشديد مقابل الجنس فأنت تسألين من معك، هل تحبني حقاً؟" فإن لم تجدي طلبك تقولين: "أظن بأنني أبحث عن شخص يظهر لي الكثير من الحب والاهتمام."أما إذا كانت الحالة مع رجل، فقد يقول المعالج أو أحد أعضاء المجموعة: "إذا ذهبت معك وطلبت مني ممارسة الجنس بطريقة مشابهة لتلك التي تمارسها مع صديقتك، فسأشعر بأنك لا تهتم بي لشخصي وإنما لمغريات أمتلكها، عند ذلك سأتركك حتى لو كنت في البداية مجذوبة نحوك".

لا يوضح هذا النوع من التغذية الراجعة، المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي، للعميل الذي يعاني من مشكلات جنسية مشاعر الشخص المتفاعل معه فحسب، بل يوضح أيضاً كيف يمكن للآخرين التفاعل مع بعضهم بالإضافة إلى كيفية تغيير ردود الأفعال المرضية إلى ردود أفعال أفضل منها. كما يعمل المعالجون وأعضاء المجموعة على توظيف ذلك النوع من التغذية الراجعة بشكل تربوي، وليس فقط بشكل تعبيري.

العلاج السلوكي للجنس Behavioral Sex Therapy:

كما أشرنا سابقاً، يستفيد العلاج العقلاني الانفعالي كثيراً من العلاج السلوكي ويعتبره جزءاً متمماً للطريقة العقلانية الانفعالية. وتؤكد نظرية RET أنه من الصعب على البشر تغيير أنفسهم مادامو يعتقدون بأفكار لا عقلانية وهادمة للذات، وما لم يعملوا بشكل مضاد لتلك الأفكار. وكنتيجة لذلك أصبح أطباء العلاج العقلاني الانفعالي رواداً في مجال العلاج السلوكي والقائم على تكليف العملاء بالأنشطة والمهام المختلفة، وذلك نظراً لتداخل العلاج السلوكي مع تقنيات معالجي السلوك عامة وتلك التابعة لـ Masters & Johnson بشكل خاص.

1. الواجبات والنشاطات المنزلية Activity Homework Assign ments:

يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي النشاطات المساعدة على إضعاف الحساسية النشطة عند العملاء. وهكذا يتم تشجيع العملاء المضطربين جنسياً على ممارسة الأنشطة الجنسية بدلاً من تجنبهم لبعض الأفعال مثل:

- ممارسة الجنس مع الشريك دون أية محاولة للجماع القضيبي المهبلي في البداية (يدعو كل من Master & Johnson هذه التقنية بالتركيز الحسي).
- ممارسة الجنس مع شركاء جدد في حالة وجود عدم رضا جنسي مع الشريك الحالي.

- العمل بشكل مدروس على مقاومة العدائية والامتناع عن ممارسة الجنس مع شركاء أخر في حال عدم الحصول على الرضا مع الشريك الحالي.
- تكرار تلك النشاطات حتى تصبح اعتيادية.
- ممارسة تمارين التخيّل المثيرة للجنس.
- وأخيراً العمل وفق الطرق العقلانية الانفعالية المساعدة على التغيّر والاستمرار في ذلك حتى تصبح النتائج الجيدة تلقائية وعفوية. (Ellis, 1985a).

2. الإشراط الإجرائي Operant Conditioning

يوظف العلاج العقلاني الانفعالي غالباً الإشراط الإجرائي أو تقنيات ترويض الذات. وهكذا، يتعلّم العملاء تعزيز عملية القيام بممارسة الجنس مع الرفاق، ومعاقبة أنفسهم عند الامتناع عن فعل ذلك. كما يتم التوضيح لهم كيفية تعزيز النشاطات المخجلة وغير الضارة، وكيفية استخدام مبادئ ترويض الذات لاختزال أو إزالة الإكراه الجنسي المختل وظيفياً.

وبإتباع إجراءات وطرق Stuart (1969) & Lopiccolo-Stewart Watkins, (1972)، ومعالجين آخرين في العلاج السلوكي، يتم الإشراف على العملاء عند إنشائهم علاقات حب وجنس مع رفاقهم، ومتابعتهم بشكل دائم لمعرفة مدى التزامهم بتلك العلاقات. ويتخصص العلاج العقلاني الانفعالي أيضاً في استخدام تقنيات الإشراط الإجرائي لتعزيز التغيرات المعرفية والانفعالية. فإذا، على سبيل المثال، وافق العملاء على دحض بعض أفكارهم غير العقلانية حول فشلهم جنسياً ولكن لم ينفذوا النشاطات المنزلية التي كلفوا بها، يتم التوضيح لهم كيف يمكن أن يكافئوا ويعاقبوا أنفسهم لزيادة احتمال تنفيذهم وإنجازهم للمهام المكلفين بها.

وهكذا نجد أنه عندما يقبل العملاء بشكل طوعي تنفيذ تقنيات الإشراط الإجرائي، فإن ذلك يُفيد في تحديد الواجبات المنزلية بتلك المخترعة من قبل (Hertz 1945, Salter 1949) بالإضافة إلى ما أدخله المعالجون في إجراءات العلاج العقلاني الانفعالي منذ عدة سنوات.

3. التدريب على التوكيدية Assertion Training:

تستخدم إجراءات التدريب على الجزم بشكل خاص مع الأفراد الخجولين وعديمي الجزم. وتُعتبر الآن واحدة من الإجراءات الشائعة في العلاج السلوكي. وقد وضعت هذه الإجراءات لتكون الجزء المتمم للعلاج العقلاني الانفعالي منذ بداياته. مثال ذلك، في كتاب دليل المرأة الذكية في اصطياد الرجال (Ellis, 1963).

وكان هناك فصلاً رائعاً بعنوان، كيف تكون جازماً بدون أن تكون عدوانياً، يوضح كيف تدرب النساء أنفسهن على التخلص من موقفهن السلبي اتجاه مسائل الحب والجنس، واتخاذ موقف جازم كالرجال. لأن النساء في ثقافتنا، تُدرّب غالباً على أن تكون سلبية اتجاه أنوثتها. لذلك يساعد المعالجون في RET العملاء النساء، عن طريق سلسلة من الواجبات والأنشطة المتدرجة في الصعوبة، مثل التعرّف على رجال جذابين في الأماكن العامة (كحفلات الرقص، أو الحانات...)، الاتصال الهاتفي مع أصدقائهم الرجال بدلاً من الانتظار ليتم ذلك من قبلهم، ممارسة الجنس مع من يرغبون، والطلب من شركائهم ممارسة الجنس معهم لأن ذلك يحقق لهم المتعة، التخفيف من المسؤولية الملقاة على عاتقهم اتجاه أطفالهم، بالإضافة إلى القيام بالأعمال التي لا تتصف بصفة الأنوثة في حال وجود الرغبة بذلك (Ellis,1974,Wolfe1973) وكما وضحت (As patriia–Jokubowski–Spector,1973) في عملٍ سابق لها بعنوان تسهيل نمو النساء وتقدّمهم من خلال التدريب على الجزم. وقد تمكن العلاج العقلاني الانفعالي – من خلال تقنياته المعرفية الانفعالية والسلوكية – من

مساعدة الإناث في مجتمعنا. وبنفس الوقت مساعدة الرجال السلبيين غير الجازمين على النجاح في علاقات الحب والجنس.

من خلال العرض السابق والموجز للطريقة العقلانية الانفعالية في معالجة الجنس، توقفنا عند بعض التفاصيل الرئيسة لهذا النظام المعرفي والانفعالي السلوكي الشامل والمقعد. ومن الأفكار التي تمت ملاحظتها مايلي:

- يوظف العلاج العقلاني الانفعالي بوعي وعلى أسس نظرية ثابتة العديد من الطرق المستخدمة من قبل المعالجين المعروفين جيداً. حيث تؤكد نظرية RET بقوة على أن البشر يفكرون، ينفعلون، ويتصرفون بآن واحد وعندما تكون انفعالاتهم وسلوكهم في حالة من الفوضى والعشوائية، فمن الأفضل الأخذ بالحسبان تفكيرهم، وخيالهم، وتقييماتهم الكامنة وراء تلك الانفعالات والتصرفات العشوائية. وتؤكد أيضاً وبشكل خاص على أهمية التغيّر الفكري والمعرفي إذا أراد البشر تعديل أفعالهم الجنسية واللاجنسية.
- وكنظام عام للعلاج النفسي، يعرض العلاج العقلاني الانفعالي معظم مشكلات الجنس الخطيرة ضمن إطارٍ واسعٍ للاضطرابات الانفعالية، ويعمل جاداً لإزالة تلك الاضطرابات، كما يؤكد على أن بعض مشكلات الجنس تتطلّب إجراءات تدريب من نوع خاص دون تلقي الأفراد لعلاج نفسي مكثف أو غير ذلك، بالإضافة إلى ما سبق يحاول العلاج العقلاني الانفعالي أن يبقى عملياً، فعّالاً، ومركزاً على الأفكار والمعتقدات بشكل أساسي، ولذلك أصبح نظاماً هاماً ورائداً في مجال العلاج المعرفي السلوكي.

الفصل الحادي عشر



التنويم المغناطيسي والعلاج العقلاني الانفعالي

الفصل الحادي عشر

التنويم المغناطيسي والعلاج العقلاني الانفعالي

The Use of Hypnosis with RET

- تعريف التنويم المغناطيسي.
- حقائق عن التنويم المغناطيسي.
- الظواهر الحادثة أثناء التنويم.
- ضبط التنويم.
- العلاج التنويمي.
- العلاج RET والتنويم المغناطيسي.

التنويم المغناطيسي والعلاج العقلاني الانفعالي

مقدمة:

التنويم المغناطيسي اصطلاح لحالة استحدثه منذ أكثر من مائتين وخمسين سنة العالم أنطون فردريك مسمر 1766 بعد اكتشافه إمكان تعيين الحالة النفسية عند بعض الأشخاص مماثلة للحركات الآلية التي تحدث أثناء النوم الطبيعي، حيث استخرج من الكلمة اليونانية(هوبنوس) Hypnosis اللفظة التي تدل على مجموع أساليب التنويم المغناطيسي.

إن أصل كلمة التنويم مستمدة من مشتقات كلمة نوم وخاصة لفظة نوم تنويماً بمعنى أرقده، غير أننا لا نستطيع أن نثبت بأن أياً من مشتقات لفظة نوم قد تضمنت مفهوم التنويم كما نعرفه الآن. كما أن كلمة تنويم العربية ترادفها كلمة هايبنوس (Hypnosis) وهذه الكلمة مشتقة من اسم هايبنوس Hypnos وهو اسم إله النوم في الأساطير الإغريقية بأنه ابن الليل وشقيق إله الموت.

ويعد التنويم المغناطيسي أو الإيحائي من أقدم طرق المعالجة النفسية عبر التاريخ. فالعائلة الملكية في مصر الفرعونية استخدمته لمعالجة حالات الاكتئاب الناتجة عن الأمراض وكان للمعالجين سمعة ومكانة كبيرة في مصر القديمة لأنهم كانوا يدعون امتلاكهم لقوى خارقة تساعد في شفاء الناس من خلال الإيحاء. كما لعب التنويم المغناطيسي دوراً هاماً لدى الهندوس القدامى حيث كانوا يكرسون نوعاً من المعابد تسمى بمعابد التنويم لهدف معالجة الأمراض التي لم تنجح فيها طرق الشفاء التقليدية آنذاك، واكتشف علماء الآثار كتاباً قديماً بعنوان "قانون مانو" الذي أورد ثلاث مستويات مختلفة من التنويم المغناطيسي وهي: النوم في حالة النشوة والنوم العميق والمشي خلال النوم. وحسب ما هو معلوم لم يتعرف الغرب إلى التنويم المغناطيسي إلا بعد مسمر الذي عاش في القرن الثامن عشر (1734– 1815) وهو فيزيائي نمساوي، قام الدكتور مسمر في التحقيق في

تلك الظاهرة التي دعيت باسمه المسمرية وما زالت تلك الكلمة تستخدم لحد الآن. لكن كلمة التنويم المغناطيسي الإيحائي Hypnosis لم تظهر إلا بعد أن صاغها جيمس برايد وهو جراح اسكتلندي، قدم برايد نظرية مفادها أن الاستمرار في التحديق في جسم متحرك أو ثابت لفترة من الزمن ستؤدي بدخول الشخص إلى حالة من اللاوعي، وهذه الحالة لا تعتبر نوماً وإنما حالة تفصل بين الوعي واللاوعي وبعد ذلك الاكتشاف وصف جيمس برايد على أنه "رائد التنويم المغناطيسي".

لا يتوافر تعريف شامل لظاهرة التنويم والذي يفي بخصائص هذه الظاهرة، وهي خصائص متفاوتة الدرجات والمظاهر غير أن التعريف الحالي يعتبر أقرب هذه التعاريف لواقع هذه الظاهرة كما نعرفها الآن: حالة متغيرة من الشعور الواعي والتي يتم إحداثها في شخص متعاون بفعل الإيحاء من قبل المنوم مما يؤدي إلى خلق حالة من تصدع الوعي، وفي خلال هذه الحالة فإن الواقع في حالة التنويم يركز على جل انتباهه إلى ذلك الشيء أو الموضوع الذي أراده المنوم كما أن لمجموعة واسعة من التجارب من الهلاوس ومن فرط الذاكرة أو تشويهها ومن مختلف المسالك يمكن إحداثها بإيحاء من المنوم. أما اليوم فإن التنويم المغناطيسي يشير إلى عملية تطبيقية يكون تأثيرها تخفيف أو توقيف مؤقتاً حدة الخصائص الدماغية الواعية عند المنوَّم من أجل إخضاع وعيه لتأثير كلام القائم بتنفيذ التنويم.

كما عرّف العلماء التنويم المغناطيسي بأنه: حالة نفسية يقبل فيها العقل الباطن الإيحاءات الموجهة إليه بسهولة، ويعمل على تحقيقها بقوة تفوق القوة العادية؛ ذلك أنه في حالة التنويم المغناطيسي يكون العقل الواعي، الذي نعرفه، معطلاً، وهنا تكون الفرصة سانحة لأن يصل الإيحاء إلى العقل الباطن، دون عائق. كما عرّفه آخرون، بأنه: إحداث حالة لا تختلف من الناحية الفسيولوجية عن حالة النوم العادي. والفرق بين النوم الطبيعي والمغناطيسي، هو أن الطبيعي يقوم به الإنسان بنفسه، أما المغناطيسي، فلا بد أن يحدثه مُنَوِّم موثوق فيه من التابع كما يختلف عن التخدير، الذي هو نوم ينجم عن تقنيات كيماوية. وأما الظواهر التي

تحدث أثناء التنويم فمرجعها خيال النائم، وعقله الباطن، الذي يتأثر بالإيحاءات التي يلقيها إليه المنوِّم، ويعمل بموجبها. فحالة التنويم تتعلق بالنائم، وتقوم في عقله الباطن فقط. أما القوة المغناطيسية التي يحوزها المنوِّم، فيتجلى أثرها في سرعة إحداث التنويم، وقوة الإيحاء الصادرة عنه.

كما عُرّف التنويم المغناطيسي أيضاً بأنه: نوم ناقص ينجم عن الإيحاء المغناطيسي، وليس نوماً كاملاً. نوم يسترخي فيه الشعور، ولكنه لا يشرد، فيظل الشخص محتفظاً بقدرته على التركيز والانتباه، أما مداركه الحسية فتبقى قائمة ولا تفقد العضلات حيويتها قط، الأمر الذي يتيح للشخص النائم مغناطيسياً المشي والنهوض وأداء بعض التصرفات الأخرى. ويعرّف التنويم المغناطيسي، بحالة الاستيقاظ من النوم الليلي، مع فارق أن المنوّم يستجيب للإيحاءات، ويبدي ميلاً للموافقة عليها. وخلال النوم المغناطيسي يُظهر الشخص النائم قدراً كبيراً من الانصياع نحو الشخص المنوِّم، فيجيب على الأسئلة، ويمتثل لبعض الأوامر، التي يجب أن تنفذ بعد الرّقاد المغناطيسي، وغالباً ما يتم ذلك، لأن تلك الأوامر تُحفظ في عقله الباطن، أثناء النوم، ثم تأمره بتنفيذها، حال الاستيقاظ.

حقائق عن التنويم المغناطيسي:

ثمة مجموعة من الحقائق حول التنويم المغناطيسي الإيحائي، نجملها في الآتي:

أ. التنويم المغناطيسي لا ينجم عنه أي ضرر أو خطر، إذا مارسه شخص مدرب مثقف في هذا الفن، وأهل للثقة، وذو أخلاق.

ب. لا يمكن تنويم أي شخص مغناطيسياً، رغماً عن إرادته.

ج. لا ينشأ عن التنويم المغناطيسي أية أمراض عصبية، أو هستيريا، على الإطلاق، بل على العكس يمكن اتخاذ التنويم وسيلة لعلاج بعض هذه الحالات.

د. التنويم المغناطيسي ليس صراعاً بين إرادة المنوِّم، وبين الشّخص المراد تنويمه، بل هو اتحاد مسبق بين الإراديتين لإحداث حالة التنويم. وليس هناك ما يمنع من أن تكون إرادة النائم أقوى من إرادة المنوِّم، ومن ثم لا صحة لِما يشاع بأن إرادة النائم ضعيفة، ولذلك خضعت لإرادة المنوِّم الأقوى منها.

ه. أكثر الناس قابلية للتنويم هم الأصحاء جسدياً وعقلياً. ولا صحة لما يشاع بأن الأشخاص ذوي الإرادة الضعيفة هم أكثر قابلية للتنويم من غيرهم. وقد دلت الاختبارات أن المعتوه لا يمكن تنويمه، لأنه لا يملك قوة التركيز المطلوبة لعملية التنويم.

و. النائم مغناطيسياً لا يسترسل في الكلام فيبوح بأسرار نفسه، أو بجرم ارتكبه، أو أي شئ آخر، بدليل أن بعض المنوِّمين كانوا يعرفون مسّبقاً أن مرضاهم ارتكبوا جريمة معينة، فلما سألوهم، وهم في حالة التنويم المغناطيسي عن جريمتهم، لم يبوحوا بسرهم مطلقاً، بل كانوا يرفضون الإجابة على السؤال رفضاً باتاً، أو يجيبون بشكل يضلل المنوِّم.

ز. ليس صحيحاً أن التنويم المغناطيسي يضعف إرادة النائم. والواقع أن الاستغراق في النوم المغناطيسي ليس له من أثر، أكثر مما للنوم العادي لمدة مماثلة.

ح. لا يمكن دفع النائم مغناطيسياً إلى القيام بما يتعارض، مع مبادئه الثابتة.

كما أن الشخص النائم مغناطيسياً لا يقوم، على وجه العموم، بأي عمل منافٍ للأخلاق، وإذا طُلب منه أن يأتي بما يشبه هذه الأعمال، فإنه يستيقظ وقد أصيب بصدمة شديدة. وإذا حدث أن استجاب بعض الأشخاص لهذه الإيحاءات، فإن التحليل النفسي يؤكد أن هؤلاء الأشخاص يميلون إلى هذا النوع من الأعمال، ويمارسونه فعلاً، أي أنهم يفعلون أثناء التنويم ما تعودوا فعله قبل التنويم.

فإن كان النائم ذا صفات طيبة، وخصائص خلقية حميدة أثناء اليقظة، فإنه لن يخالفها في حال النوم، ذلك أن ضمير النائم يظل معه، وما يمتنع عنه عقله الظاهر، لا يمكن أن يقبل به عقله الباطن. وهذه حقيقة أكدت التجارب صحتها

بما لا يقبل الشك، وإن حدث خلاف ذلك، ففي الغالب يكون، ثمة اتفاق مسّبق بين المنوِّم والنّائم.

ويجدر القول: إن التنويم المغناطيسي أو الإيحائي لا تعوزه المشابهة مع بعض حالات الذهول التلقائية والغفلة والأحلام، وكذلك فإن الذات الواعية في النوم الطبيعي كما في حالة النوم المغناطيسي الكلي تختفي عندما تبدأ مكونات الفكر غير الواعية عملها. وممارسة التنويم المغناطيسي يستند إلى حدة النظر، وعلى سهولة الكلام ووضوحه، كما يعتمد على الإرادة جزماً بالأمور وثباتاً عليها، في رباطة جأش.

وطريقة الإيحاء التنويمي هي التأكيد بتحريك المكونات اللاشعورية في حدود قابليتها للتأثير، لأنها أكبر من جمود اللاشعور وأكثر حركة، ويستطيع المنوَّم . بواسطة الإيحاء أن يؤثر في مخيلة الذي أمامه، وفي قابلية التأثير عنده، تأثيراً يجعله يسرع في تنفيذ ما يوحي إليه، ويغير اتجاهاته وميوله.

وهنا يتبادر إلى الذهن السؤال التالي" من هو الشخص الذي يقوم بعملية التنويم؟ هو قبل كل شيء، الخبير العالم بفن تطبيق عملية التنويم المغناطيسي، ولديه خبرة كافية بنظرية التحليل النفسي وفنياتها، ومقاصدها، وتمرناً تمريناً كافياً على تنفيذها بدقة. ويجب أن يعرف بأنه يوجد منومون علميون، قادرون بواسطة معرفتهم النفسية على الفهم بوضوح، وعلى تفسير مكونات اللاشعور. كما يوجد منومون آخرون تعلموا بالاختيار، وهم مجهزون فقط بمعارف أولية، وقد اكتسبوا بالمران بعضاً من المعرفة العلمية. ويوجد أيضاً منومون لا واعون، يؤثرون غريزياً وفقاً لقوانين التنويم المغناطيسي في نفوس فئة تواجه تلك الموهبة عليهم. وإذا وجد مثل هؤلاء، وكانوا على قدرة من الإيحاء الطبيعي والتأثير السهل، فإن مفاهيمهم وعواطفهم وأعمالهم تترابط مع بعضها في إملاء الغرض، وتلقي الإيحاء وكأنه منصب مع الإقناع الملزم.

هذا، ويختلف المعنيون بموضوع التنويم في تقدير نسبة الناس الذين يملكون القابلية للتنويم والاستجابة له فمنهم من يقصر مثل هذه القابلية على نسبة قليلة من الناس لا تزيد على 10٪ ومنهم من يرى عكس ذلك، وبأن كل إنسان تقريباً يملك الاستعداد للتنويم ويمكن تقدير قابلية الفرد للإيحاء ببعض التطبيقات والتمارين التي تعطي تقدير مبدئي لاستعداد الفرد مثل تجربة البالون. ويمكن تقسيم قابلية الفرد للتنويم إلى ثلاثة مستويات (أ، ب، ج) ففي المستوى(أ) نجد بأن(30٪) من الناس الأسوياء يتمتعون بدرجة عالية من الإيحائية التي تؤهلهم للاستجابة السريعة للتنويم. وفي الدرجة(ب) فإننا نجد حوالي(45 إلى 60 ٪) من الناس والذين يتمتعون بدرجة متوسطة من القابلية... وفي الدرجة ج تضم حوالي(10 إلى 25 ٪) من الناس فنجد أولئك لديهم نسبة قليلة من القابلية الإيحائية والذين يصعب بذلك تنويمهم.

كما لا يمكن إجراء التنويم المغناطيسي على أي شخص، فقد وجدت الدراسات أن حوالي (10٪) من الناس لا يستجيبون إلى أية محاولة للتنويم المغناطيسي، ونسبة تتراوح بين (5 إلى 10٪) يدخلون في حالة عميقة من التنويم المغناطيسي، ففي عام (1970) وجد "إرنست هيلغارد" أن الأشخاص الأكثر تأثراً بالتنويم المغناطيسي هم الواثقون من أنفسهم والمنفتحون ذهنياً والموضوعيون فهم قادرون على الدخول في تجارب تخيلية، كما وجد هيلغارد أن الأشخاص الذين يستجيبون للأوامر خلال جلسات التنويم المغناطيسي هم من الذين عاشوا طفولة قاسية ولقوا عقاباً لذلك يميلون إلى العيش في الخيال ليبتعدوا عن ظروف حياتهم الصعبة في الماضي وبالتالي يمثلون أفضل موضوع لدراسة تلك الظاهرة.

إن العنصر الأساسي في عملية التنويم هو أن يكون الفرد الذي يجري تنويمه متعاوناً مع الذي يقوم بتنويمه غير أن هناك عناصر أخرى تهيئ الفرد لعملية التنويم، كاختيار المكان وظروفه (بيئته) وحالة الفرد أثناء علمية إحداث التنويم والهدوء خفوت الضوء.

إحداث التنويم:

حالـة التنـويم ليسـت حالـة (إمـا) أو (لا) وإنمـا امتـداد مـن حالـة الـوعي الطبيعـي، ومـن ثمـة الاسـترخاء تـدريجياً إلى الحـالات العميقـة مـن السـرحان، وهكـذا يمكن إحداث درجات متفاوتة العمق من التنويم وإلى الحدود التي تتطلبها الحالة المرضية التي يعانيها الفرد الخاضع لتقنية التنويم ومع أن البعض يستجيبون ايجابياً فعل درجات بسيطة من التنويم كالإيحاء وهم متمتعين بالوعي الطبيعي أو بالإيحاء أثناء الاسترخاء إلا أن أفضل النتائج العلاجية تتم عادة عند القيام بعملية الإيحاء والفرد في درجة عميقة من التنويم.أن التقنيات المستعملة في إحداث التنويم متعـددة ومعظـم هـذه التقنيـات تتضـمن الإيحـاء بالاسـترخاء وإثـارة الـوتيرة الرتيبـة وانشغال الفرد بالفانتزي وتنشيط الدوافع غير الواعية وبدء السلوك النكوصي (أي السلوك الذي يعود إلى فترة سابقة من العمر) وهناك طرق مختلفة لإحداث التنويم الفعلية، ومن أكثرها إتباعاً هي وضع الفرد في حالة استرخاء والطلب إليه توجيه انتباهـه نحـو نقطـة معينـة أو موضـوع محـدد وبمعـزل عـن أيـة مـؤثرات خارجيـة ويصاحب ذلك الإيحاء المتكرر له وبصورة رتيبة ومملة بأنه بدأ ينعس أو على وشك النوم ولمثل هذا الأسلوب أن يضع الفرد في حالة بحران تنويمية إذا ما كان راغباً ومتعاوناً وفي خلال دقائق أو حتى ثوان معدودة وبالتكرار يمكن إحداث التنويم آنياً وتنتهي حالـة التنـويم بالإيحـاء مـن المنـوم وهـذا يحـدث بالحـال. أمـا إذا تـرك الفـرد لوحده بدون إيحاء فإنه يعود تدريجياً إلى حالته الطبيعية وفي بعض الحالات تتأخر العودة لزمن أطول ويفسر ذلك بأن الفرد يجد في حالة البحران التنويمية فائدة نفسية غير واعية له ومثل ذلك يحدث أيضاً إذا كان القائم بتنويم الفرد قليل الخبرة بتقنية التنويم. ويمكن تطبيق عملية التنويم على فرد واحد أو مجموعة أفراد وقد أمكن تطبيقها على أعداد كبيرة بواسطة المذياع أو التلفزيون.

وكـل إنسـان متوسـط ا لـذكاء يمكنـه أن ينّـوم سـواء كـان ذكـراً أو أنثـى، ولكـن الأشـخاص يتفـاوتون في هـذه القـدرة رغـم أنهـا موجـودة فـيهم أصـلاً. ويمكـن تحسينها بالممارسة وهذه القدرة تتطلب الثقة بالنفس والأمانة وحسن الخلق وحسن

الإلقاء ذلك أن هذه الخصال تحمل الوسيط على الاطمئنان والثقة بالمنوم ومطاوعته مما يسهل حدوث التنويم ويعجل بحدوثها.

حالة التنويم:

نتيجة الإيحاء التنويمي واستجابة المنوم له يصبح الفرد في حالة من الوعي المتغير والتي تتسم بواقع سلبي من تفكك الوعي والتي يصبح فيها الفرد بالضرورة متوجهاً نحو ذلك الشيء الذي يرغب المنوم توجيهه إليه وبمعزل عن المجالات الأخرى من الوعي والإدراك التي يتمتع بها عادة. ونتيجة لذلك فأنه يصبح بإمرة وتوجيهات المنوم ويعمل طبقاً لتوجيهاته وبدون تردد، إلا في تلك الأمور التي أما تخالف ضميره أو مثله أو لها أن تُلحق الضرر به أو بغيره، وتتواصل حالة التنويم بالقدر الزمني الذي يرغب فيه المنوم ويستطيع إدامته.

ثالثاً: الإيحاء التالي لحالة التنويم:

ويقصد بذلك ما يوحي به المنوم للمنوم أثناء حالة التنويم لكي يقوم به في زمن ما بعد انتهاء حالة التنويم. ويتم ذلك بتوجيه الفرد المنوم لأن يقوم بعمل ما عندما يتعرض إلى كلمة معينة أو حافز منبه معين ويقتضي على الفرد أن لا يتذكر هذه الكلمة أو الحافز في وعيه، وبهذا فإن التعرف عليه يظل دون وعي عنده غير أنه يعمل بموجبه عندما يتعرض له، كما أن الفرد لا يملك المعرفة بسبب قيامه بذلك الفعل.

الخروج من حالة التنويم:

الخروج من حالة التنويم تتم عادة بصورة أسرع من إحداث حالة التنويم وذلك بإصدار الإيحاء للمنوم بأنه يستطيع الخروج من حالته القائمة. ولهذا الإيحاء أن يكون كلامياً أو عن طريق واسطة حسية يتعرض لها ويقوم المنوم عادة

قبل إخراج الفرد من حالة التنويم بالإيحاء له بأنه سينسى كل شيء حدث أو تعرض له أثناء حالة التنويم.

الظواهر الحادثة أثناء التنويم:

أن العديد من الظواهر يمكن أن تحدث أثناء التنويم ومن هذه التغيير في الشعور وظهور الهلاوس والتذكر والنسيان أو تشويه الذاكرة ونكوص الذاكرة إلى مراحل حياتية سابقة واتخاذ أوضاع جسمية معينة لمدة طويلة غير أن أهم مظهر للتنويم هو ما يلاحظ من زيادة عظيمة في تقبل الفرد المنوم واستجابته لما يتلقاه من إيحاءات من الذي قام بتنويمه غير أن المدى الذي يذهب إليه الفرد في ذلك والاستجابة له يخضع دائماً لمدى تقبله أو رفضه لما أوحى به المنوم له، وله طبقاً لذلك أن يستجيب إيجاباً أو سلباً بأن يصبح أصم أو فاقد للبصر أو الاستجابة بالنسيان أو غيرها وعادة لا يستجيب الفرد فيما يخالف أو يتنافى مع مصالحه ومثله.

ومن مظاهر التنويم هي ظاهرة الإيحاء التالي للتنويم والمقصود بذلك القيام بالإيحاء للمنوم أثناء فترة تنويمه بأن يقوم بفاعلية معينة في وقت ما بعد خروجه من حالة التنويم، كأن يطلب إليه بأن لا يحس بالألم عند إجراء عملية جراحية له في وقت لاحق أو بأن لا تشعر المرأة بالألم عند الولادة أو أن لا يشعر بالألم الناجم عن آفة سرطانية أو أن يحلم بحلم معين خلال النوم وفي مثل هذه الحالات يطلب إلى الفرد أن لا يتذكر ما تم الإيحاء به إليه خلال التنويم. ومن الظواهر الأخرى التي لها أن تحدث أثناء التنويم هي الظواهر التالية:

1. السرنمة: أو المشي خلال النوم وهي حالة يجمع فيها الفرد المنوم إلى درجة عميقة بين المظاهر الخارجية والسلوك المناسب للشعور الاعتيادي غير أنه في نفس الوقت على استعداد لإظهار أي نوع من أنواع السلوك التنويمي باستجابة سريعة وحتى تلقائية مما يتوفر له من إمكانية لإظهار مثل هذا السلوك.

2. ظاهرة التصدع (اللاإرتباطية): والتي تتم بالانفصال ما بين القيم الذاتية والقيم الموضوعية، ولهذه الظاهرة أن تسمح له بالقيام بتعلم مخصص وبدون أن يثير ذلك أي اعتراض أو انفعال ذاتي مانع لما تعلّمه مثال (أن يوحي له بالتخدير في مكان زرق إبرة، لأن ظاهرة اللاإرتباطية تمنع رد الفعل الذاتي الألم من أن يحدث.
3. تشويه الإخلال بالزمن: وتتمثل هذه الظاهرة في أن الفرد يحس الزمن ذاتياً بأنه أطول أو أقصر مما هو في واقع الحال، ويصاحب ذلك عادة تغيير في القيم الذاتية وفي الأداء النفسي والفسيولوجي.
4. الخيالات شديدة الوضوح: في المجال السمعي والبصري والكتابة والأوتوماتيكية وتجريد الشخصية وأنواع أخرى من اضطراب المعرفة وتسارع أو إبطاء الوظائف الفيزيولوجية (القلب والدورة الدموية...الخ).

ضوابط التنويم:

مع إنه يبدو وكأن الفرد المنوم يطاوع بسهولة إيحاءات المنوم له ويعمل طبقاً لتعليماته سواء أثناء فترة التنويم أو في فترة لاحقة للتنويم إلا أن الفرد في الواقع لا يتخلى عن كل سيطرته على استجاباته بل أنه حتى في حالة أكثر الأفراد في استجابة لإيحاءات المنوم يظل محتفظاً بقدر غير قليل من السيطرة غير الواعية على استجاباته وهذا الواقع هو بمثابة الوقاية والأمان للقرد من الذوبان كلياً في لجهة عالم مجهول ويضمن له العودة إلى حالته الأولى وبدون إحداث تغيير مستديم في أفكاره وفي مواقفه وفي شخصيته ويتضح ذلك من أن الذي يجري تنويمه لا يطاوع إي إيحاء بالقيام بعمل أو سلوك يضر بصالحة ويخالف مثله ويتنافى مع أخلاقياته كالقيام بجريمة أو عمل منافي للأخلاق.

العلاج التنويمي:

والعلاج التنويمي لا يقتصر فقط على العلاج بالتنويم وإنما يشمل أيضاً أي نوع من العلاج النفسي يتم صرفه بالاقتران مع الوسيلة التنويمية ويتضمن العلاج التنويمي عدة تقنيات إيحائية وتحليله لا يجري العمل بها عادة أثناء تمتع الفرد بحالة وعي طبيعية، هذا ولا يتحتم دائماً إيصال الفرد إلى حالة التنويم الكاملة لإحداث الأثر العلاجي؛ ففي كثير من الحالات يمكن أداء المهام العلاجية والفرد في حالة وعي كاملة أو في حالة استرخاء أو في حالة سطحية أو غير عميقة من التنويم وكلها درجات تهيئ الفرد لتقبل الإيحاء والاستجابة له. وقد ركزت نظرية التحليل النفسي على فنية التنويم المغناطيسي أو الإيحائي بهدف إخراج مكونات اللاشعور إلى الشعور، بهدف التعرف على المشكلة التي يعاني منها العميل أو المريض حسب التعبير الفرويدي، كما استخدم هذا الأسلوب في نظريات عديدة ومن بينها نظرية العلاج العقلاني، ويطرح ألبرت إليس السؤال التالي حول فاعلية هذه الطريقة عندما يتم استخدامها مع نظرية العلاج العقلاني الانفعالي: لماذا يعدُّ العلاج العقلاني الانفعالي فعّالاً باستخدام التنويم المغناطيسي؟ لقد أثبتت دراسات عديدة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي عندما يُستخدم مع التنويم (1978, Stanton, 1977; Tosi & 1977; Tosi & Readon, 1976)

ويوجد هناك أسباب عديدة تبرز فعّالية العلاج العقلاني الانفعالي بالتنويم المغناطيسي، وأهمها مايلي:

1. تفترض مراجع عديدة منها Bernheim (1886–1947), Barber (1961,1966) (1921) Coue، أن التنويم المغناطيسي العلاجي يعمل من خلال الإيحاء، حيث يعطي العملاء عبارات إيجابية قوية، ويحثهم على العمل بتلك العبارات داخلياً. ويساعد العلاج العقلاني الانفعالي البشر بشكل خاص على تعليمهم كيفية دحض ومقاومة العبارات الذاتية السلبية. كما

هي الحال في الأشكال الأخرى للعلاج المعرفي السلوكي، ويؤكد على ضرورة تكرار العبارات العقلانية الإيجابية.

2. يفترض التنويم المغناطيسي التلقائي والتنويم المغناطيسي النظامي أن البشر يتسببون باضطرابهم من خلال أفكارهم، وخيالهم، وإدراكات أخرى، وأن بإمكانهم أن يتعلّموا كيفية تغيير تلك الإدراكات التي بدورها تساعد على تغيير المشاعر، والانفعالات، والتصرفات. (Arao2, 1983; Ellis, 1962; Golden 1983). ويتضمن RET الافتراضات السابقة ذاتها.

3. يعدُّ التنويم المغناطيسي والعلاج العقلاني الانفعالي طرقاً مباشرة – موجهّة – وفعّالة. وتختلف عن العلاجات الأخرى غير المباشرة والسلبية، مثل: التحليل النفسي، والعلاج المتمركز حول العميل.

4. يؤكد العلاج العقلاني الانفعالي والتنويم المغناطيسي، ضرورة استخدام الواجبات المنزلية، وتمارين التحصين التدريجي، بالإضافة إلى الإصرار على العملاء القيام بالأفعال التي يهابونها، والعمل ضد مشاعر التحمل الضعيف للإحباط، والمشاعر والانفعالات الهادمة للذات.

وبسبب تداخل بعض نظريات وتطبيقات العلاج بالنوم مع تلك التابعة للعلاج العقلاني الانفعالي، جمع إليس العلاج العقلاني الانفعالي مع التنويم المغناطيسي منذ أوائل الخمسينات. ومن أول مقالاته المطبوعة في العلاج العقلاني الانفعالي مقالة: "العلاج بالتنويم المغناطيسي والذهانيين" (Ellis,1962). وقد استخدم إليس في البداية التنويم المغناطيسي في جلسات عديدة مع العملاء، حيث أمكّن تدريبهم على ممارسة حالة السبات. كما لاحظت، أن هناك عدداً من العملاء الذين توصلوا إلى النشوة كانوا في حالة استرخاء. لذلك أوجد إليس طريقة جديدة للعلاج بالتنويم، وقد وفرّت عليه وعلى العملاء ساعات العلاج الطويلة. وباستخدام هذه الطريقة، جعل العملاء في حالة استرخاء عميق، حيث طبق النسخة المعدّلة لتقنية الاسترخاء المتقدّم التي وضعها جاكبسون Jacobson عام

(1938)، والتي تستغرق حوالي عشر دقائق حتى تأخذ مفعولها على العملاء. وبعد ذلك تم إتباع تعليمات العلاج العقلاني الانفعالي لمدة عشر دقائق أخرى، والمصممة خصيصاً للتوضيح للعملاء وجود أفكار لا عقلانية مسببة لمشكلاتهم واضطراباتهم. مثل (القلق، اليأس، الغضب، وقلة الشأن). وأنهم إذا عملوا على دحض تلك الأفكار اللاعقلانية، وتغييرها، فسوف يستطيعون بالتالي تغيير انفعالاتهم ومشاعرهم الهادمة للذات والتي تنشأ من تلك الأفكار وتعزز وجودها.

إن الميزة الفريدة لطريقة العلاج العقلاني الانفعالي التنويمي هي استخدمها فقط مرة واحدة ولجلسة واحدة للعمل على مشكلة العميل الرئيسية. لقد قام إليس بتسجيل العشر دقائق من كلا التطبيقين – حيث الاسترخاء التنويمي بالإضافة إلى العشر دقائق التالية من العلاج العقلاني الانفعالي – على شريط كاسيت ثم قدّم ذلك الشريط للعملاء كي يستمعوا إليه يومياً – مرة على الأقل كل يوم – ولمدة 30 – 60 يوماً.

وباستخدام هذه الطريقة، كان إليس يرى العملاء فقط لمدة 20 دقيقة في جلسة تنويمية واحدة، لكنهم كانوا على تواصل مع الجلسات العلاجية المسجلة لمدة 15– 30 ساعة أو أكثر في منازلهم، مكاتبهم ولمدة شهر أو شهرين بعد تلك الجلسة الواحدة. فإذا تصرفوا خلال تلك الأيام حسب إرشادات المعالج لهم فسوف يحققون تقدّماً جيداً ويعيشون في حالات نشوة عميقة.

ولتوضيح استخدام هذه الطريقة، يعرض إليس حالة أنثى عمرها ثلاثة وثلاثون عاماً غير متزوجة، تعاني من تاريخ مدته (20)عاماً من الاضطراب حول مدرستها، وعملها، وحبها، وموقفها من الجنس، والتي تولّد لديها اضطراب حول الاضطراب الأساسي، فقد كان لديها خوفٌ شديدٌ من الجنون، وكانت متأكدة بأنها ستنتهي إلى حالة سيئة إذا بقيت بدون أصدقاء، ومحبين، أو حتى بدون مال. كانت هي في الحقيقة فتاة جذابة، وكانت تستطيع ممارسة الجنس من(10 – 15) مرة في الأسبوع مع شريك لها لأنها كانت تشعر بالأمان، فقد كان ذلك الشريك

رجل أعمال ذو أجر عالٍ نسبياً. حيث خضعت هذه الفتاة لثلاث عشرة جلسة، وفي الأوقات التي كانت تتلقى فيها رسالة فيها العبارة التالية "إنك تشعرين بالطريقة التي تفكرين بها" فقد كانت تزداد عندها بشكل ملحوظ مشاعر الرهبة والرعب من الفشل في الحب، والجنس، والعمل.

لكن بعد عدة أسابيع تراجعت تلك الزيادة في المشاعر إلى درجة الصفر، وأصبحت حالات الاضطراب عندها استثنائية. وبعد أن سمعت بأن أحد أصدقائها قد توقف عن التدخين باستخدام طريقة العلاج الإيحائي (التنويمي)، سألتني إذا كنت قد استخدمت تلك مع العلاج العقلاني الانفعالي، فأخبرتها بأنني كنت أقوم بذلك أحياناً، لكن كنت غالباً أشجع العملاء بعدم اللجوء إليه (الدمج بين RET والتنويم المغناطيسي) وذلك لأنهم فكروا به كنموذج من السحر، واستخدموه بدل العلاج العقلاني الانفعالي. لقد حاول إليس استخدام تلك الطريقة مع الفتاة مرة واحدة، وفيما يلي نسخة عن أول وآخر جلسة في التنويم المغناطيسي مع تلك الفتاة.

جلسة التنويم المغناطيسي:

أولاً أرخي أصابع قدميك ثم شدي عليهم. فقط شدي أصابع القدم، الآن ارخيهم، إرخي، إرخي، سأجعلك الآن تقومين بمجموعة من تمارين الاسترخاء تماماً كما فعلت مع أصابع قدميك، لكن التركيز سيكون على الاسترخاء الجسدي. أريدك أن ترخي أصابع قدميك وتركزي فقط على ذلك. فكري بإرخاء أصابع قدميك فقط. ارخهم، ارخهم، ارخهم. بعد ذلك أرخي بقية عضلات قديميك — عضلات الأخمص، المشط، الكعب والكاحل — اجعلي كل عضلات قديميك في حالة استرخاء تامة.

أرخي أخمص القدم، والكواحل، والكعب، وكل القدم. فقط استرخي، استرخي، استرخي. ثم أرخي عضلات ساقيك، بعد ذلك ركبتيك، اجعلي عضلات الركبة حرة ومرنة ومسترخية.

الآن، أرخي عضلات الفخذين، أرخي، أرخي، أرخي....

جاء دور الوركين، أرخي المنطقة الوسطى ثم عضلات الورك ككل، أرخي، أرخي، أرخي. أما الآن فعودي ثانية إلى أصابع القدم، القدم ككل، الساقين، الركبتين، الفخذين والوركين، ارخهم جَميعاً استرخي، استرخي....وهكذا، اجعلي الجزء السفلي من جسدك مسترخياً، استرخاء – استرخاء – استرخاء... الآن عضلات المعدة، فكري بعضلات معدتك، ركزي عليهم، وأرخي كل تلك العضلات اجعليها، حرة، مرنة، ومسترخية.

ارخي عضلات الصدر، تنفسي بارتياح – إلى الداخل وإلى الخارج (شهيق وزفير)، دعينا نستمر، أرخي عضلات صدرك، واجعلي كل عضلات الصدر، بالإضافة إلى المعدة، الساقين، والقدمين، في حالة استرخاء، استرخاء، استرخاء....

الآن عضلات الكتفين، ارخهم تماماً على الصوفا، السرير، أو على الكراسي التي تستريحين عليها، جاء دور عضلات الأطراف العليا، ارخهم في راحة تامة الذراعين، المرفقين، المعصمين، راحة اليد، والأصابع، استرخاء، استرخاء، استرخاء، وهكذا يكون كامل الجسد في حالة استرخاء تامة من رؤوس أصابع القدم وحتى الرقبة.

والآن ركزي على عضلات الرقبة. ارخهم تماماً، حسناً استرخاء، استرخاء، استرخاء يمكنك حتى إرخاء عضلات الخدين، وجعلهم في راحة أكثر فأكثر، بالإضافة إلى عضلات الفم، الشفتين، ارخهم، ارخهم تماماً....

الآن أعلى الرأس، عضلات فروة الرأس، اجعليها في حالة استرخاء، استرخاء، استرخاء... ثم عضلات العينين اللتين تبدوان مشدودتين.

اغلقي عينيك واسترخي، وركزي على أن تكون العينين مرخيتين وهما مغلقتين العينان مشدودان وبحاجة إلى الاسترخاء مع باقي أجزاء الجسم.

الآن عيناك مغلقتان وأنت في حالة استرخاء تامة.

تشعرين باسترخاء تام في عضلات العينين، إنهما مغلقتان، مسترخيتان ترغبين بالهدوء والاسترخاء التام، ترغبين بالغرق التام في الاسترخاء.

تبدو عيناك ثقيلتين، وأنت ترغبين بالتعمق والغوص في الاسترخاء ترغبين في أن يكون كامل جسدك وبشكل خاص عينيك في حالة استرخاء تامة، أعمق، فأعمق، فأعمق... إنك تستمعين فقط لصوتي، تركيزنا على ذلك فقط، وتفعلين ما أقوله لك ذلك ما ترغبين بسماعهَ — صوتي فقط — ترغبين في أن تكوني في حالة استرخاء تام، وترغبين في التحرر من الاضطراب، وتعلمين أن هذا سيساعدك على الاستماع والاسترخاء. فكوني في حالة استرخاء تامة.

إنك تركزين فقط على صوتي، تستمعين بانتباه تام، تتذكرين كل ما أقوله لكِ.

وبعد أن تستيقظي من هذه الحالة من الإيحاء، سوف تشعرين بتحسن جيد. لأنك ستتذكرين كل شيء وتقومين بكل شيء لأجلكِ أنتِ.

افعلي كل ما قمت به وأنت في حالة الاسترخاء وسوف تتغلبي على اضطرابك الثانوي الناشئ عن اضطرابك الأساسي. سوف تفعلين ذلك يومياً، وعندما تشعرين بالاضطراب والقلق حول أمر ما، سوف تتذكرين ما أخبرك به الآن، في حالة الاسترخاء، وسوف تركزين ملياً على ذلك وتنفذينه بحذافيره — استرخي وتخلصي من قلقك، استرخي وتخلصي من قلقك.

في أي وقت تشعرين فيه بالاضطراب، ستدركين أن السبب وراء ذلك هو ما تقولينه لنفسك "يجب أن أنجح! يجب أن أنجح! يجبِ أن أنجح! ناشئٌ عن عباراتك وأفكارك الذاتية. وليس عن أحد آخر، أنتِ من يتسبب في اضطرابك، من خلال مطالبك الحتمية وبما أنك أنتِ السبب في اضطرابك من خلال أفكارك ومعتقداتك، يمكنك تغيير تلك الأفكار والتغلب على الاضطراب. وبعد ذلك ستخاطبين ذاتك بإدراك: "أنا سبب اضطرابي، يجب ألا أكون كذلك، فإذا تخلصت من مطالبي الحتمية musts، وإذا قبلت الأمور كما هي عليه، فلن أكون مضطربة. حيث أن بإمكاني أن أكون غير مضطربة وأقل توتراً من خلال التغلب على الحتميات والينبغيات عن طريق الاسترخاء".

سوف تستمرين في إخبار ذاتك، "أستطيع الاستفسار عن الأمور، أستطيع التمني والرغبة، لكني لست بحاجة ملحة لما أرغب! حيث لا يوجد هناك شيء مفروض عليَّ فعله أو تجنبه بما في ذلك قلقي واضطرابي، إنني أرغب حقاً في التخلص من هذا الاضطراب، وأستطيع التخلص منه، سأعمل على التخلص منه بنفسي.

لكن إذا فكرت بأنه يجب إلا أكون مضطربة! بل يجب أن أكون غير مضطربة! فإنني سأبقى مضطربة".

"لا شيء سيقتلني. القلق لن يقتلني. عدم ممارسة الجنس لن يقتلني، هناك أمور عديدة مثيرة للاشمئزاز في هذا العالم، لكن يمكن أن أتحمل ذلك، ومن غير المفروض أن أتجنب تلك الأمور، وإذا شعرت بالاضطراب!

سأستطيع التحكم بانفعالاتي، مادمت تغلبت على مطالبي الحتمية!

فالأفكار المطلقة هي سبب دماري!"

وفي حياتكِ النظامية، بعد الاستماع إلى هذا الشريط بشكل منتظم، سوف تفكرين وتستمرين في التفكير بالأمور الموجودة في الشريط.

وفي الوقت الذي تشعرين فيه بالاضطراب، سوف تبحثين عن سبب اضطرابك بعد ذلك سوف تتخلصين من مطالبك الحتمية، سوف تدحضين أفكارك اللاعقلانية سوف تسألين نفسك "لماذا يتوجب عليَّ القيام بأفعال جيدة؟"

"لماذا يتوجب علي أن أكون شخصاً جنسياً؟"

"من المرغوب أن يحبني الناس، لكن من غير المفروض عليهم فعل ذلك، فأنا لست بحاجة ملحة لحبهم وقبولهم. وإذا وجهوا لي النقد، وإذا لاموني، أو إذا اعتقدوا بأنني ضعيفة جنسياً. فسوف يكون الأمر مؤسفاً! لكن ليس مرعباً! لأنني لست بحاجة لموافقتهم على شخصي. نعم، لا يوجد هناك سبب يجعلني أفكر بالحتميات.

ومن الأفضل أن تكون تلك الحتميات مجرد تفضيلات!

فلا شيء من الأمور التي أحتم عدم وقوعها ستسبب لي الموت، وإن سببت الموت، فأنا سأموت يوماً، والموت ليس أمراً مرعباً، إنه حالة سبات أبدي دون مشاعر، أنه تلك الحالة التي كنت فيها قبل أن أولد. لذلك لا حاجة لخوفي من الموت."

وحتى إذا كنت مضطربة وأصبحت مجنونة، فلا رهبة في الأمر، فإذا أخبرت نفسي، "يجب ألا أكون مجنونة! يجب ألا أكون مجنونة! فسوف أكون مجنونة! ولكن إذا كنت مجنونة حقاً! يمكنني العيش كذلك حتى ولو كنت في مستشفى الأمراض العقلية، يمكنني العيش دون يأس، فلا شيء يستحق ذلك. وحتى عندما يرفضني البشر، وعندما أقوم بأفعال سيئة، فلا شيء مرعب في الأمر، حيث يمكنني التحمّل! فهو فقط مؤلم ومحزن لا أكثر!"

الآن هذا هو كل شيء ستفكرين به في حياتك اليومية. وفي أي وقت تشعرين فيه بالاضطراب، سوف تدركين أن اضطرابك ناشئ من أفكار ومعتقدات مطلقة غير عقلانية فتعملين على دحضها وتغييرها وبالتالي تتغلبين على حالة الاضطراب التي تعيشينها كما ستعملين على التركيز على ما في داخلك أكثر فأكثر كما تفعلين الآن تماماً. حيث سيمكنك التغيّر والاسترخاء، وعدم التفكير في الأمور بشكل جدي للغاية. بالإضافة إلى ذلك ستكررين كل يوم "أنا أستطيع ضبط ذاتي، ولن اضطرب أبداً مهما ساءت الأمور، فلن أتسبب في تدمير ذاتي، وإذا تعرضت يوماً للاضطراب فسوف أكون قادرة على تحمله والعمل على إلغائه"، وبعد ذلك ستصبحين أفضل بسبب ما أصبح لديك من أفكار عقلانية بديلة لتلك المسببة للاضطراب، ستكونين قادرة على ضبط انفعالاتك أكثر من السابق وبما أنه لا يوجد في هذا العالم إنسان واحدٌ غير مضطرب، فسوف تأخذين الأمر ببساطة عندما تضطربين، وإن لم تتمكني من إلغاء ذلك الاضطراب نهائياً فسوف تكوني قادرة على اختزال حدة ذلك الاضطراب إلى الدرجة التي يمكن تحملها والعيش معها بشكل عادي.

الآن. تشعرين بالراحة والحرية والاسترخاء التام. وبعد دقائق ستستيقظين من حالة الإيحاء دون ألم أو إزعاج، سوف تتذكرين كل ما حدث في هذه الجلسة كما ستستمرين في الاستماع إلى الشريط المسجّل كل يوم لمدة 30 يوماً، حتى يصبح محتوى الشريط شيء من معتقداتك وأفكارك الأساسية. وعلاوة على ذلك يمكنك الاستفادة باستمرار من الإرشادات والتوجيهات المسجلة وتطبيقها والاقتناع بها حتى تصبح اعتيادية.

في النهاية، سوف تكونين قادرة على تحرير نفسك من الاضطراب باستخدام تقنية الاسترخاء التي تعلمتها من الشريط. كما ستقبلين ذاتك على الرغم من اضطرابها وتتوقفين عن القول: "يجب ألا أكون مضطربة" واكتفي بقول: "أنا لا أحب الاضطراب، سوف اعمل على إلغائه، سوف أتغلّب عليه سوف

أضبط نفسي، سوف أكون قادرة على التحكم بانفعالاتي، سأكون قادرة دائماً على الاسترخاء، وأخذ الأمور ببساطة كما هي الحالة الآن.

سأقبل ذاتي حتى لو كنت مضطربة، سأرفض المبالغة بالنتائج غير المرضية، سأستمر بدحض أفكاري اللاعقلانية، يجب أن أتصرف بشكل جيد! يجب ألا أكون مرفوضة من قبل الآخرين!."

الآن سأعد واحد، اثنان، ثلاثة، إنكِ على ما يرام، لا صداع، لا آثار سيئة، كل شيء جيد، ستتذكرين بالتأكيد كل ما قلناه، وستستمعين للشريط يومياً، وتتبعين الإرشادات والنصائح الواردة، سأبدأ بالعد، سيكون يومك جيداً ومليئاً بالنشاط. واحد، اثنان، ثلاثة.

المناقشة:

استخدمت العميلة شريط التسجيل الخاص بجلسة التنويم المغناطيسي، مرة أو مرتين في اليوم لمدة خمسة وأربعين يوماً بعد العلاج، ونقلت بأن درجة الاضطراب عندها قد انخفضت، وخاصة ذلك الذي من الدرجة الثانية الاضطراب حول الاضطراب. حيث توقفت عن الخوف من الجنون، وأقنعت نفسها بأنه إذا انهارت وذهبت إلى مستشفى الأمراض العقلية فسوء يكون الأمر سيئاً لكن ليس مروعّاً أو مخجلاً. وعندما فعلت ذلك، أصبحت قادرة على الشعور بالارتياح خلال دقائق قليلة، وخاصة عندما كانت تأتي فكرة الجنون في رأسها وذلك بقولها: "سأكون مجنونة! يا للقسوة! أنا متأكدة بأنني لن أبقى على تلك الحالة مدة طويلة — وإذا بقيت كذلك فسوف يكون الأمر أكثر قسوة. لكن ليس مخجلاً! وحتى لو كنت مجنونة! فسوف لن أبغض وأثور جراء ذلك!.

وحالما بدأت تتغلب على اضطرابها الثانوي المتكون حول اضطرابها الأساسي (اضطراب حول اضطراب)، بدأت بالمقابل مخاوفها من الفشل بشكل عام والفشل

الجنسي بشكل خاص تتلاشى، وعندما عاودت للظهور بعد عدة أسابيع، كانت تلك المخاوف أخف درجةً مما سبق، واستطاعت التعامل معها بنجاح.

استمرت في العلاج العقلاني الانفعالي غير التنويمي لمدة أربعة عشر شهراً، لكنها خضعت لثمان عشرة جلسة ذات النصف ساعة خلال تلك الفترة استطاعت الاحتفاظ بنتائج العلاج لمدة إحدى عشرة سنة مع بعض الحالات العرضية التي كانت تحدث في نهاية علاقات الحب، وهي الآن متزوجة وتعيش بسعادة. وعلى حد قولها ما زالت تستمع للشريط بين الحين والآخر، وتعتقد بأنه الأداة الفعّالة التي ساعدتها في تحقيق تقدّم علاجي عظيم.

لقد وافقها إليس جزئياً على رأيها لأن الشريط المسجل أثبت فعاليته مع (80) ثمانين عميلاً آخر. لكن يوجد هناك سؤال هام لم يتوصل إلى إجابة عليه وهو: هل تلك الفائدة المشتقة من الشريط المسجل لجلسات التنويم المغناطيسي ناشئة من استخدام الأشرطة ذات العشرين دقيقة، والمتضمنة لتعليمات الاسترخاء، أو ناشئة من استماع العملاء لذلك الشريط عدة مرات وخاصة العشر دقائق الخاصة بتعليمات RET؟ لقد حاول المعالج حث وتشجيع العديد من الباحثين على إجراء دراسة خاصة بالسؤال السابق لكن حتى الآن، على حد علمي، لم يقم أحد بذلك. لكن ما زلت أتمنى أن تقوم تلك الدراسة يوماً ما. وحتى ذلك الحين سأستمر باستخدام إجراء التسجيل في العلاج العقلاني الانفعالي التنويمي إلى درجة معقولة من الثقة بنتائجه السريرية التي يمكن التوصل إليها.

يوجد هناك فوائد عديدة للعلاج العقلاني الانفعالي بالتنويم المغناطيسي مقارنة بتلك الناتجة عن استخدامه بدون التنويم المغناطيسي، منها:

1. يعتقد بعض العملاء، بشكل صحيح أو خاطئ، بقوة سحر التنويم المغناطيسي، لذلك يطلبون استخدامه في العلاج. ومن المحتمل أن يفضلوا العلاج بشكل أكبر عند استخدامه.

2. إن الطريقة التي يعمل بها العلاج العقلاني الانفعالي التنويمي، كما تم عرضها سابقاً، تتضمن تكرار رسالة العلاج العقلاني الانفعالي "إنك تتصرفين وتشعرين بالطريقة التي تفكرين بها"، لأنه يُطلب من العملاء الاستماع إلى الشريط الأصلي على الأقل لمدة شهر أو اثنين، يومياً، وذلك لتعزيز استخدام طرق العلاج.
3. يتم عادة معالجة مشكلة واحدة في وقت واحد، وعندما يحقق العملاء نجاحاً في تجاوز المشكلة الأولى، يتم الانتقال لمعالجة مشكلة أخرى.
4. تتضمن طريقة العلاج RET التنويمي استخدام الواجبات والمهام المنزلية، ويُطلب تكرارها لتشجيع العملاء على القيام بها.
5. أشار العلاج العقلاني الانفعالي التنويمي في هذا الفصل إلى إمكانية دمجه مع العلاج العقلاني الانفعالي الفردي أو الجماعي، كما يمكن استخدامه مع العلاج اللاتنويمي. أما بالنسبة لمساوئ استخدام العلاج العقلاني الانفعالي الإيحائي، فتتضمن ما يلي:

أ. يتجه العملاء نحو استخدام كل أنواع العلاج التنويمي كالاعتقاد بافتراضات المعالجين وتبنيها مثل كالتفكير بشكل علمي.

ب. يتضمن التنويم المغناطيسي طرقاً سحرية وخيالية في تغيير العملاء لأنفسهم، بما فيها التخلص من التحمل المنخفض للإحباط، وتغيير الأفكار والمعتقدات الخيالية.

إن العلاج العقلاني الانفعالي التنويمي الذي تم عرضه في هذا الفصل لم يلجأ كثيراً إلى استخدام الخيال، لكنه ما زال يعني كذلك عند كثير من العملاء، وقد يؤدي ذلك إلى إحداث تقدّم جزئي في التغلب على الاضطرابات الأساسية عند أولئك العملاء. لذلك فقلما استخدم إليس العلاج العقلاني الانفعالي مع التنويم المغناطيسي وشجع العملاء على استخدام العلاج العقلاني الانفعالي بشكل جدي وأكثر استقلالية.

الفصل الثاني عشر



تعزيز مكاسب العلاج العقلاني الانفعالي

الفصل الثاني عشر
تعزيز مكاسب العلاج العقلاني الانفعالي

مقدمة:

إذا استخدمت مبادئ وتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي (RET)، سوف تكون قادراً على تغيير أفكارك، انفعالاتك، وتصرفاتك الهادمة للذات، وبالتالي ستشعر بأنك أفضل من الوقت الذي بدأت فيه العلاج.

جيد! لكنك ستتراجع أحياناً، وذلك لأنه لا يوجد إنسانٌ تامٌ في هذا العالم، فبشكل عملي يتراجع البشر خطوة إلى الوراء مع كل خطوتين أو ثلاثة إلى الأمام. لماذا؟ لأن، تلك هي طبيعة البشر: تقدّمٌ أحياناً وتراجعٌ أحياناً أخرى.

فكيف يمكنك التقليل من اتجاهك نحو الخلف؟ كيف يمكنك تعزيز وإبقاء مكاسبك العلاجية؟

فيما يلي بعض الطرق التي تم اختبارها من قبل إليس في جمعية العلاج العقلاني الانفعالي في نيويورك، وأثبتت فعاليتها مع الكثير من العملاء.

أولاً: كيف تحافظ على تحسنك How to maintain your improvement

1. عندما تتحسن، ثم تعود إليك مشاعر الاضطراب القديمة كاليأس، والنظرة الدونية للذات، حاول أن تتذكرّ نفسك بالمشاعر والتصرفات والأفكار التي قمت بتغييرها حتى وصلت إلى ذلك التحسُّن. وإذا عاودتك تلك المشاعر ثانية، حاول أن تسترجع ما قمت به في العلاج العقلاني الانفعالي لتتخلص من تلك المشاعر مثل:

أ. توقفت عن مخاطبة ذاتك بأنك بلا شأن، ولن تنجح في الوصول إلى ما تريد.

ب. تصرفت بشكل جيد في العمل أو في مسائل الحب، وأثبتَّ لنفسك، بأنه يوجد لديك بعض القدرة على أن تكون محبوباً.

ج. أجبرت نفسك على حضور المقابلات بدلاً من تجنب ذلك، وبذلك ساعدت نفسك على التحرر من الاضطراب الناجم عن ذلك.

2. استمر في التفكير بشكل عقلاني واحتفظ بالعبارات العقلانية مثل: "إن لشيءٌ عظيم أن تحقق نجاحاً، لكن سيبقى اعتباري لذاتي كشخص حتى إذا لم أحقق ذلك النجاح". لكن لا ترددها فقط كالببغاء، وكن يقظاً لتعتقد بها وكأنها شيء حقيقي نابع من داخلك.

3. استمر في البحث لاكتشاف، ومقاومة، ودحض أفكارك اللاعقلانية التي تسببت باضطرابك ثانية، ثم خُذ كل فكرة لاعقلانية على حدة: "يجب أن أحقق نجاحاً حتى أكون شخصاً معتبراً" وأطرح السؤال على نفسك "لماذا تعتبر هذه الفكرة صحيحة؟"

"أين الدليل والإثبات على أن اعتباري وقيمتي كشخص لن تتحقق إلا إذا نجحت في فعلٍ ما؟" "ما الإثبات على أنني سأكون غير مقبولاً كإنسان إذا فشلت في عمل مهم؟"

وهكذا استمر في دحض أفكارك اللاعقلانية في أي وقت تزحف نحوك وتتخلل تفكيرك.

4. جازف وبادر في فعل الأمور التي تخافها وتخشاها، مثل ركوب المصعد، الحياة الاجتماعية (التواصل مع الآخرين)... وعندما تتغلب ولو جزئياً على أحد مخاوفك اللاعقلانية، استمر بالعمل على مقاومته بشكل منتظم. وإذا شعرت بعد الراحة والاضطراب عند إجبار نفسك على القيام بالأفعال التي تخاف عواقبها. فلا تسمح لذاتك بذلك الهروب. وذلك لتتحرر من ذلك الخوف إلى الأبد. أي حتى ولو شعرت بالاضطراب جراء الأفعال التي تخشى القيام بها،

لا تتجنب تلك الأفعال، لأن ذلك سيساعدك على التخلص من ذلك الاضطراب فيما بعد.

5. حاول أن تدرك بوضوح الفرق بين المشاعر السليمة الملائمة (الحزن، والأسف، والندم، والخيبة) التي تنتابك عندما لا تحقق هدفاً مهماً، والمشاعر السلبية غير الملائمة (كره الذات، واليأس، والإشفاق على الذات...) المرافقة لحرمانك من أهداف وغايات مرغوبة لديك واستبدالها بغير المرغوب منها. فعندما تشعر بشكل سلبي وغير ملائم، تأكد بأنه يوجد وراء تلك المشاعر أفكار لاعقلانية ومطالب حتمية (ينبغيات، من المفروض، يجب، ينبغي)، كما يُفترض منك أن تردك مقدرتك على تغيير تلك المطالب الحتمية إلى تفضيلات ورغبات. لذلك، أدرك مشاعر اليأس وقاومتها حتى تتحول إلى مشاعر حزن فقط، أي حاول تغيير مشاعر الاضطراب إلى مشاعر ملائمة وطبيعية. استخدم التخيّل العقلاني، كي تتخيّل الأحداث المنشطة المكروهة حتى قبل أن تحدث، ثم أجعل ذاتك تشعر بشكل غير ملائم (قلق، اضطراب، يأس...)، بعد ذلك قاوم تلك المشاعر حتى تتحول إلى ملائمة منها (حزن، انزعاج، ندم...). وهكذا استمر بالتخيّل وحالما تسوء الأمور، لا تتراجع حتى تغيرها تحولها إلى أمور محمولة.

6. تجنب المشاعر الهادمة للذات، كالشعور بالمماطلة وتأجيل الأمور. قُم بالمهام غير المرغوبة بسرعة وفي أوانها. فإذا كنت مماطلاً، حاول مكافأة نفسك بأفعالٍ ممتعة مثل: والأكل، والنزهة، القراءة، فقط بعد أن تنجز المهام التي تحاول تجنبها. وإذا لم تجدِ تلك المكافآت أي نفع، استخدم العقاب، كالتحدث مع شخص ممل لمدة ساعتين أو حرق(100) ريال في كل مرة تأجل وتماطل في إنجاز المهمة.

7. وضّح لنفسك بأنك تدخل مغامرة عندما تقاوم، وتحافظ على صحتك الانفعالية (العاطفية) لتبقى سعيداً بغض النظر عن سوء الحظ الذي يصادفك. وأجعل عملية استئصال جذور تعاستك، والعمل الأكثر أهمية في حياتك. أيقن تماماً بأنك صاحب الخيار بما تفكر، وتشعر، وتتصرف.

8. تَذكّر واستخدم الثلاث مستويات للبصيرة في العلاج العقلاني الانفعالي التي تم إيجازها في العقل والعاطفة في العلاج النفسي، وهي:

البصيرة رقم (1) أنت من يختار أن يكون مضطرباً حوّل الأحداث الكريهة في حياتك، على الرغم من أنك قد تُشجّع على ذلك بواسطة الأحداث الخارجية، والتعاليم الاجتماعية. إنك تشعر بالطريقة التي تفكر بها. فعندما تواجه الأحداث البغيضة والمحبطة في الموضوع A، فإنك تختار، بالوعي واللاوعي، أفكاراً عقلانية تقودك للشعور بالندم، وأخرى غير عقلانية تقودك للشعور باليأس وكره الذات.

البصيرة رقم (2): بغض النظر عن كيف ومتى اكتسبت أفكارك اللاعقلانية وعاداتك المخربة للذات إنك الآن تختار المحافظة على تلك الأفكار والعادات، وذلك هو سبب اضطرابك وهكذا تكون أفكارك هي العامل المساهم في اضطرابك.

البصيرة رقم (3): لا يوجد هناك طريقة سحرية أو خيالية تساعدك على تغيير شخصيتك وميولك المتسببة في اضطرابك. بل إن تغيير الشخصية يتطلّب عملاً وتطبيقاً جادين، كي تكون قادراً على تغيير أفكارك اللاعقلانية، ومشاعرك غير الملائمة، وتصرفاتك المدمرة للذات.

9. ابحث بثبات عن الأشياء الممتعة مثل القراءة، والتسلية، والرياضة، والفن، والعلم، وغير ذلك من الاهتمامات. واعتبر هدفك الرئيسي في الحياة ليس فقط إنجاز وتحقيق الصحة الانفعالية فحسب بل المتعة الحقيقية أيضاً. لذلك حاول أن تشغل نفسك بهدف بعيد المدى للوصول إلى حياة سعيدة وصحة انفعالية أفضل.

10. حاول أن تكون على صلة مع الأفراد ذوي المعرفة بالعلاج العقلاني الانفعالي، بحيث يمكنهم مساعدتك على مراجعة بعض مجالاته. أخبرهم عن المشكلات التي تجد صعوبة في السيطرة عليها، وكيفية استخدامك للعلاج العقلاني

الانفعالي للتغلب على تلك المشكلات. وتعرّف على وجهة نظرهم فيما إذا كانوا متفقين معك حول الحلول التي توصلت إليها، وخذ باقتراحاتهم لتتمكن من دحض أفكارك اللاعقلانية بشكل أفضل.

11. طبّق مبادئ العلاج العقلاني الانفعال مع أصدقائك، وأقاربك الذين يشجعونك على محاولة ذلك معهم. وكلما استطعت استخدام ذلك العلاج مع الآخرين واكتشاف أفكارهم اللاعقلانية، ومساعدتهم على دحضها، كلما كنت قادراً على فهم واستيعاب مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي واستخدامها مع نفسك بشكل أكبر.

12. عندما تكون في جلسات للعلاج العقلاني الانفعالي الفردي أو الجماعي، حاول تسجيل معظم تلك الجلسات، والاستماع إليها بانتباه جيد في الفترات الفاصلة، بحيث تستطيع تثبيت الأفكار التي تعلمتها في العلاج.

وبعد أن ينتهي العلاج، احتفظ بتلك الأشرطة واستمع إليها بين الحين والآخر، كي تبقى ذاكرتك يقظة لكيفية التعامل مع المشكلات القديمة أو الجديدة المنشأ.

13. استمر في قراءة الكتابات الخاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي، والاستماع إلى الأشرطة المسجلة (سمعياً وبصرياً)، الموجودة في صفحة التعليمات التي تلقيتها عندما بدأت العلاج (وهي عبارة عن قائمة من أسماء الكتب والأشرطة التي يمكن الرجوع إليها مثل العلاج النفسي الإنساني (إليس) Humanistic Psychotherapy (Ellis). الدليل إلى السعادة الشخصية (Ellis, Harper) A Guide To Personal Happiness الدليل الجديد للعيش العقلاني A new Guide To Rational Living (Ellis, Harper) التغلب على اليأس Overcoming Depression (Hauck) كيف تتعامل مع الارتداد (الانتكاس) How To Deal with Backsliding

- اقبل ارتدادك بشكل طبيعي – كشيء يحدث لكل البشر الذين يتحسنون انفعالياً ثم ينتكسون. أدركه كجزء من الأخطاء التي يقع فيها الإنسان، ولا تشعر بالخجل عندما تعاودك علامات الاضطراب، لا تفكر بأنه يتوجب عليك معالجتها بنفسك تماماً، ولا تعتبر أنه من الضعف أو الخطأ العودة إلى العلاج ثانية، أو من المعيب التحدث في ذلك للأصدقاء.
- عندما يعاودك الاضطراب، انظر لتصرفاتك الهادمة للذات كشيء سيئ. ولا تفعل ذلك بقسوة وتقلل من شأن ذاتك وقيمتها بسبب ذلك السلوك. استخدم مبدأ العلاج العقلاني الانفعالي الذي يمنعك من تقييم نفسك كشخص، أو كإنسان، وإنما تقييم أفعالك، تصرفاتك، وسلوكك أي تقييم السلوك فقط وليس الذات (عمل سيئ، وليس شخص سيئ). وبغض النظر عن مدى سوء العودة إلى الاضطراب، اقبل ذاتك كما هي وحاول تغيير أفعالك.
- ارجع إلى نموذج ABC في العلاج العقلاني الانفعالي RET، وابحث عن سبب انتكاسك وعودتك للاضطراب، ففي الموضع A حيث الحدث المنشط، عاودت للفشل أو النبذ مرة أخرى، وفي الموضع B حيث الأفكار العقلانية، من المحتمل أن تفكر "لا أحب الفشل، ولا أرغب في أن أكون مرفوضاً. إذا بقيت عند هذا التفكير العقلاني، قد تشعر بالأسف، والندم، أو الخيبة"، أما إذا شعرت بالاضطراب، فمن المؤكد أن أفكارك اللاعقلانية قد عاودت الظهور ثانية مثل: "يجب ألا أفشل، من المرعب أن يحدث ذلك، من المفروض أن أكون مقبولاً، وإذا لم أكن شخصاً محبوباً، فلن أكون شخصاً ذا قيمة". وبعد أن تدرك وجود تلك الأفكار اللاعقلانية حقيقة، معنى ذلك أن النتائج C ستكون ثانية مشاعر يأس وقلة شأن.
- عندما تدرك وجود أفكارك اللاعقلانية التي سببت لك الاضطراب ثانيةً، حاول دحضها في الموضوع D كما فعلت أول مرة، حيث تقوم بطرح الأسئلة على ذاتك: "لماذا يجب ألا أفشل؟"، "هل الفشل مرعب في الحقيقة؟"، وتجيب "لا يوجد هناك أي مبرر لوجوب عدم فشلي، وليس من المرعب أن أفشل"

وأيضاً من الأسئلة التي تساعد في الدحض: "أين الدليل على أنه من المفروض أن أكون مقبولاً؟" "كيف يمكن أن أكون إنساناً دون قيمة أو شأن إذا كنت غير محبوباً أو مقبولاً؟".

والإجابة: "ليس من المفروض على الإطلاق أن أكون مقبولاً، مع أنه شيء مفضّل أن أكون كذلك، لكن إذا كنت مرفوضاً، سيكون ذلك من المؤسف، ولن يجعلني ذلك الرفض شخصاً غيَر محبوباً أو بدون قيمة".

- استمر في البحث عن أفكارك اللاعقلانية، وقم بدحضها ومقاومتها بقوة وكرر ذلك حتى تتحول تلك الأفكار إلى عقلانية، تماماً كما فعلت أول مرة.
- لا تجعل نفسك تخفق ثانية بسبب عدم اعتقادك الكامل بأفكارك التي قمت بتحويلها من لا عقلانية إلى عقلانية. فإذا كنت تعتقد: "يجب أن أنجح" وأردتك تغيير هذه الفكرة اللاعقلانية إلى عقلانية: "أفضل أن أنجح".

لقد غيرت العبارات لكنك لم تغير الاعتقاد فما زلت تفكر بالفكرة الأولى على الرغم من أنك غيرت الكلمات. فتغيير الكلام لا يعني أبداً تغيير الاعتقاد. لذلك استمر بقول تلك الأفكار العقلانية حتى تتلاشى مشاعر الاضطراب تماماً، وهكذا عدة مرات حتى تصبح تلك الأفكار نابعة من الداخل.

- حاول الاقتناع بالأفكار الجديدة العقلانية، لأن الاقتناع بالفكرة سيقود إلى الشعور بها؛ فكلما كانت الأفكار عقلانية كلما كانت المشاعر والتصرفات طبيعية وغير مضطربة. كيف تستطيع تعميم ما تقوم به مع مشكلة انفعالية واحدة على مشكلات أخرى؟

أولاً: حاول التوضيح لنفسك بأن المشكلة الانفعالية التي تواجهها في الوقت الحاضر، ليست الفريدة من نوعها، حيث يوجد هناك افتراضياً مجموعة من الصعوبات الانفعالية والسلوكية التي يمكن أن تنشأ في أي وقت بسبب الأفكار

اللاعقلانية. وفي أي وقت تظهر فيه تلك الأفكار، ستكون قادراً على دحضها وتغييرها.

ثانياً: أدرك أنه يوجد لديك ثلاثة أنواع من الأفكار اللاعقلانية، التي تتسبب في اضطرابك، وأن مشكلاتك الانفعالية والسلوكية التي ترغب في التحرر منها تصنف في إحدى هذه المجموعات:

أ. "يجب أن أتصرف بشكل جيد حتى يقبلني الآخرون الذين يعنون لي الكثير".

تقود هذه الفكرة اللاعقلانية إلى الشعور بالقلق الشديد، واليأس، وكره الذات. كما تؤدي إلى تجنب الأفعال القابلة للفشل، بالإضافة إلى الامتناع عن إقامة علاقات اجتماعية من المحتمل ألا تكون جيدة وناجحة.

ب. "يجب أن يعاملني الآخرون بحب وعدل!". تساهم هي الفكرة اللاعقلانية في ظهور مشاعر الغضب، العنف...

ج. "يجب أن تكون الظروف التي أعيشها مريحة وخالية من المكدرات".

تولّد هذه الفكرة اللاعقلانية مشاعر التحمل الضعيف للإحباط والإشفاق على الذات.

د. أيقن تماماً أنك عندما توظف إحدى الأفكار الحتمية السابقة، أو إحدى متغيراتها (أنواعها)، سوف تعاود إلى الاضطراب، وسوف تصل إلى نتائج لا عقلانية مثل:

- "لأنني لم أتصرف بالشكل الجيد الذي يجب أن يكون، أنا فرد بلا قيمة ولا شأن".
- "بما أنني فرد غير مقبول من الآخرين الذين يعنون لي، كما كان من المفروض أن أكون، أشعر بأن الأمر فظيعاً ومرعباً للغاية" (مبالغة).
- "لأن الظروف التي أعيشها غير مريحة ومليئة بالمكدرات، كما يجب ألا تكون،

لا أستطيع تحملها! وأرى أن وجودي مرعباً".

- حاول أن ترى أفكارك اللاعقلانية وتدركها في حالات مختلفة مضادة لرغباتك. وأشعر بشكل جدي بالاضطراب، وتصرف بشكل هادم لذاتك، ثم تسلل إلى إحدى تلك الأفكار وأعمل على دحضها. بالنتيجة، إذا تمكنت من التغلب عليها في بعض الجوانب، ستتمكن دائماً باستخدام نفس المبادئ في العلاج العقلاني الانفعالي اكتشاف الجوانب الأخرى والتغلب عليها.
- وضّح لذاتك باستمرار، أنه من غير الممكن أن تتسبب في اضطرابك، ومن المستحيل أن تبقى مضطرباً إذا حاولت التخلي والتغلب على أفكارك الحتمية والمطلقة. (يجب، ينبغي، من المفروض) واستبدالها بالتفضيلات والرغبات.
- استمر بالاعتراف والتسليم بمقدرتك على تغيير أفكارك اللاعقلانية باستخدام الطريقة العلمية، والتفكير العلمي، حيث يمكنك التوضيح لنفسك بأن أفكارك اللاعقلانية هي مجرد افتراضات وليس حقائق، ويمكن دحضها بعدة طرق منها.

أ. يمكنك إدراك أن أفكارك اللاعقلانية هي عوامل هادمة للذات — حيث تتعارض مع أهدافك وسعادتك. فإذا حاولت إقناع نفسك بـ: "يجب أن أنجح في إنجاز المهام الهامة، ومن المفروض أن أحصل على قبول الأفراد المهمين في حياتي". سوف تفشل حقيقة، ولن تكون مقبولاً. وبالتالي سوف تشعر بالاضطراب، واليأس بدل الأسف والإحباط.

ب. لن تتطابق أفكارك اللاعقلانية مع الحقيقة، ولا مع حقيقة عدم عصم الإنسان عن الخطأ. إذا كان يتوجب عليك النجاح دائماً، وإذا فرض عليك الكون أن تكون كذلك (ناجحاً دائماً)، وإذا كان ينبغي على الآخرين قبولك. فلن يتحقق ذلك في الحقيقة. وهكذا تكون مطالبك الحتمية بعيدة تماماً عن الواقع، بينما رغباتك فمن المحتمل أن تكون واقعة.

ج. أفكارك اللاعقلانية غير منطقية، بغض النظر عن مدى رغبتك بالنجاح والقبول، لن تساهم أفكارك اللاعقلانية في تحقيق ذلك، يجب أن تعمل جيداً

في هذا الاعتبار. على الرغم من أن الطريقة العلمية ليست مقدسة أو معصومة عن الفشل؛ فإنها تساعدك على اكتشاف أفكارك اللاعقلانية والهادمة للذات، وكيفية استخدام التفكير المنطقي للتغلب عليها. إذا استمريت في استخدام التحليل العلمي، سوف تتجنب الأفكار الحتمية وتستبدلها بالفرضيات القابلة للتغيير والتعديل.

د. حاول وضع أهداف وغايات في حياتك، أهداف ترغب ببلوغها، ولا تحتم ذلك، فكر بجدية كيف يمكن الوصول إلى تلك الأهداف، وفي حال وجود عقبات حاول تعديلها وراقب شعورك عندما تنجزها. وأجعل نفسك موجهة بالأهداف بقية أيامك.

ه. إذا شعرت بأن حياتك تبدو مأساوية جداً، استرجع النقاط والأفكار الموجودة في هذا الكتاب وحاول تطبيقها مرة ثانية إذا عاودت إلى الفشل والإخفاق في تحقيق وإنجاز ما تريد، لا تتردد في العودة إلى العلاج وتلقي بعض الجلسات المعزِّزة. أو في الانضمام إلى إحدى النماذج العلاجية.

النماذج اللاعقلانية مع ما يقابلها
من ملاحظات عقلانية كما ذكرها ألبرت إليس في نظريته

الأفكار اللاعقلانية:

1. أنه يجب على المرء بالضرورة باعتباره كائناً بشرياً راشداً أن ينال بالفعل حب واستحسان كل شخص هام في مجتمعه.
2. يجب على الفرد أن يكون كفؤاً أو فعالاً ومنجزاً بصورة تامة على نحو ممكن إن كان له أن يعتبر نفسه جديراً بقيمه.
3. إن بعض الناس سيئون ولئام وأشرار ويجب لومهم ومعاقبتهم بشدة.
4. إن الأمور تعتبر كوارث وفظائع عندما لا تكون بالشكل الذي يتمناها الشخص.
5. إن أسباب تعاسة الإنسان خارجية وقدرة الناس على التحكم في الاضطرابات ضئيلة أو معدومة.
6. إذا كان شيء ما خطيراً أو مخيفاً أو من المحتمل أن يكون كذلك، فإن على المرء أن يشعر بعدم الارتياح الشديد إزاء ذلك وإنه يجب أن يمعن الفكر في احتمال حدوثه.
7. إن تجنب أو تحاشي بعض صعاب الحياة والمسؤوليات الذاتية أسهل من مواجهتها.
8. يجب أن يعتمد الإنسان على الغير، وإنه بحاجة إلى شخص ما أقوى منه يرتكن إليه.
9. إن التاريخ الماضي للإنسان يعتبر محدداً هاماً لسلوكه الراهن وإن شيئاً ما أثر على حياته في الماضي سيكون له أثر مشابه إلى أجل غير محدد.
10. هناك حل صحيح ودقيق وتام وثابت للمشكلات الإنسانية، وإن لمن الكوارث أن لا تعثر على هذا الحل التام والكامل.
11. إمكانية الشخص في أن يكون متفوقاً وفائزاً في المنافسات بشكل دائم.

12. ضرورة حزن الإنسان.

13. يمكن للإنسان الحصول على السعادة والنجاح دون بذل أي جهد.

الأفكار العقلانية:

1. ليس بالضرورة وليست هذه حاجة ملحة جداً كما توهم البعض فهناك من يحب وهناك من لا يحب.
2. التمام والكمال ليست من صفات الإنسان، الكمال صفات الخالق الأعظم.
3. في الحياة يوجد الكريم واللئيم ووجود جانب واحد ونوع واحد هو مغالطة منطقية وغير واقعية.
4. ما كل ما يتمنى المرء يدركه تجري الرياح بما لا تشتهي السفن.
5. إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم، حين توجد الإرادة يوجد الطريق ويوجد النصر، العقلانية والإرادة يغيران العالم.
6. ما يوحي به العقل المنطقي للإنسان هو أساس السلوك المتفاءل أو المتشاءم، اضحك للحياة بعقلك يضحك لك العالم كله
7. الهروب من المواقف ومواجهة المسؤوليات موت مبكر وإفلاس عقلاني وإرادة متزلزلة والإقدام بداية لتأكيد الذات ونجاحها.
8. ثق بنفسك، يأتي إليك الناس ليطلبوا مساعدتك، اعتمد على غيرك، يهرب منك جميع الناس، ولا يبقى لك أصدقاء إلا قلائل(كن أنت دوماً)
9. الاستسلام للماضي والهزيمة هو شكل للعقل والإرادة لدى الإنسان، في داخلك طاقات هائلة، لا تستسلم لهزيمة الإرادة والعقل معاً.
10. وراء كل مشكلة عشرات الأسباب وهناك عشرات الحلول وكل حل يرتبط بسبب، ولا يوجد لأي مشكلة سبب واحد أو حل واحد فالعقول الواهمة أحادية في تعليل سبب واحد والبحث الوهمي عن حل واحد مطلق، الحياة نسبية وليس هناك حل واحد مطلق لأي شيء.
11. ليس من الممكن أن يتفوق الإنسان دائماً من المحال دوام الحال.

12. يجب أن يشارك الإنسان الآخرين أحزانهم دون أن يغرق في الحزن واليأس بل يتمالك نفسه ويحفظ عن الآخرين أحزانهم.
13. لابد من عمل دؤوب للوصول إلى السعادة والنجاح، الجد في الجد والحرمان في الكسل. فانصب تصب عن قريب غاية الأمل واصبر على كل ما يأتي الزمان به، صبر الحسام بكف الدارع البطل.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، زكريا(1970). مشكلة الحب. القاهرة: دار مصر للطباعة.
- أشول، عادل عز الدين (1989). استبيان التوافق الزواجي(كتيب التعليمات والتقنين). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أنجلر، باربرا (1991). مدخل إلى نظريات الشخصية، ترجمة: فهد بن عبد الله دليم. الطائف: دار الحارثي للطباعة والنشر.
- باترسون، س، هـ (1982). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الجزء الأول. ترجمة حامد الفقي. الكويت: دار القلم.
- جهشان، جميل (1983). أضواء على خفايا التنويم. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الحجار، محمد حمدي(1992). العلاج النفسي الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- خالقي، روح الله (1999). الثقافة الجنسية. بيروت: دار النبلاء.
- خليل، محمد محمد سيد(1991). هل تعوض الخبرة عن تأثير نقص إشارات الوجه؟ بحث تجريبي في فاعلية عملية الاتصال، مجلة دراسات نفسية، يناير، ص27. 47.
- داكو، بيير (1988). "استكشاف أغوار الذهن والتنويم المغناطيسي"، ترجمة رعد اسكندر، دار التربية. بغداد.

- دافيدوف، لندا ل (1988). مدخل علم النفس، ترجمة: الطواب، سيد وآخرون، مراجعة وتقديم: أبو حطب، فؤاد، الطبعة الثالثة. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- دسوقي، راوية محمود حسين (1986). التوافق الزواجي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
- دويدار، عبد الفتاح (1992). سيكولوجيا العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات. بيروت: دار النهضة العربية.
- ربيع، محمد شحاته (2000). أصول الصحة النفسية. القاهرة: مؤسسة نبيل للطباعة.
- رشيدي، بشير صالح (1995). التعامل مع الذات . نموذج في الإرشاد النفسي والصحة النفسية، الكويت: مكتبة الكويت الوطنية للنشر،
- زهران، حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب، الطبعة الثالثة.
- زيود، نادر فهمي(1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الفكر.
- ستيورات، ماري (1997). النعمة والجنس، ترجمة: نسيم، نكلس، القاهرة: دار الثقافة.
- سري، إجلال (1990). علم النفس العلاجي. القاهرة: عالم الكتب.
- سقا، صباح مصطفى(2005). فاعلية برنامج علاجي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية، جامعة دمشق.
- سليمان، عبد الله محمود (1982). رعاية الآخر، مجلة العربي، العدد 284، يوليو.
- سليمان، سناء محمد (2005). التوافق الزواجي واستقرار الأسرة. القاهرة: عالم الكتب.
- سمعان، عبد الحليم(1998). سيكولوجية الحياة الزوجية. بيروت: دار الحداثة.
- شناوي، محمد محروس (1994). نظريات الإرشاد. القاهرة: دار قباء.

- عارف، نجوى عبد الجليل (2002). برنامج إرشادي مقترح لتحسين التواصل اللفظي بين الأزواج في المجتمع الأردني في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- العاسمي، رياض نايل، ورحال ماريو(2006). الإرشاد النفسي والتربوي، دمشق. منشورات جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض نايل (2005). علم النفس المرضي. دمشق: مطابع الإدارة السياسية.
- العاسمي، رياض نايل (2005). العوامل النفسية والاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات. دمشق. وزارة الداخلية.
- العامري، منى(2001). دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والمتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب بدولة الإمارات العربية. رسالة دكتوراه غير منشوره. جامعة القاهرة. معهد البحوث والدراسات التربوية.
- عبدالله، هشام إبراهيم (1991).أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- عبد المعطي، حسن مصطفى(2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، القاهرة: دار القاهرة.
- عبد المولى، صابر حجازي.(1994). دراسة للرضا عن الحياة وبعض المتغيرات النفسية والبيئية، مجلة البحث في التربية وعلم النفس– كلية التربية– جامعة المنيا، عدد يناير، ص ص(1: 20).
- عزة، سعيد حسنى (2000). الإرشاد الأسرى نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان – الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- العيسوي، رحاب حسن محمد (2003). الفروق في أساليب التفاعل الزواجي في(مرحلة منتصف العمر) بين الأزواج والزوجات المنجبين وغير المنجبين ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- غباري، محمد سلامة (1991): الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه. الإسكندرية: دار منشأة المعارف الجامعية.
- فرغلي، علاء الدين.(2003). خطوات العلاج النفسي، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- قرني، عزت.(2001). الذات ونظرية الفعل، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- كفافى، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسرى المنظور النسقي الاتصالي، القاهرة: دار الفكر العربي.
- كمال، علي(1994). باب النوم والتنويم. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- كندري، أحمد محمد مبارك.(1992). علم النفس الأسري. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
- لامبي روز ماري وديبى دانيلز. مورنج (2001). الإرشاد الأسرى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة، ترجمة، علاء الدين كفافى، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- لبواني. محمد كمال (1994). الحب والجنس. بيروت: رياض الريس للكتب والنشر.
- لولو، أسعد (1992) "التنويم المغناطيسي"، طرابلس، لبنان، مطابع جروس برس.
- مؤمن، داليا.(2004). الأسرة والعلاج الأسري. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.

- ماضي، علي(1994). النفس البشرية، تكوينها واضطراباتها وعلاجها. بيروت: دار النهضة العربية.
- محمد، عادل عبدالله (2000). العلاج المعرفي السلوكي . أسس وتطبيقات. الزقازيق: دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- مزاوي، المحجوب التنويم المغناطيسي بين النظرية والتطبيق. بغداد: شركة بابل للطباعة والنشر.
- مقدم، نور الهدى عمر محمد (1990). المشكلات السلوكية والتوافق النفسي لأطفال الأسر المتصدعة في المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- منصور، محمد عباس (1995): المخدرات ـ التجارة المشروعة وغير المشروعة. نهضة مصر: القاهرة.
- منصور، محمد عباس (1990): الإدمان والمواجهة والتحدي. القاهرة: دار الفكر.
- موسى، رشاد علي عبد العزيز (1998). سيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة المختار، الطبعة الثانية.
- نابلسي، محمد أحمد(1991). مبادئ العلاج النفسي ودارسه. بيروت: دار النهضة العربية.
- ناصر، عائشة أحمد (2004). التواصل غير اللفظي بين الزوجين وعلاقته بسمات الشخصية والتوافق الزواجي، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Ackerman,N. (1958). The psychodynamics of family life. New York: Basic Books.
- Adler,A. (1927). Undemanding human nature. New York: Garden City.
- Aiken, Lewis R.(1999). Human Differences, London: Mahwah.
- Ainslie, G. (1974). Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control. Psychological Bulletin, 82, 463– 496.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1995). Your perfect right (6th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact,
- Araoz, D. L. (1983). Hypnosis and sex therapy. New York: Brunner/Mazel.
- Bach, G. R. (1966). The marathon group: Intensive practice of intimate reaction. Psychological Reports, 18, 995 – 1002.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice– Hall.
- Bard, J. (1980). Rational– emotive therapy, in practice. Champaign, IL: Research Press.
- Barrish, H. H., & Barrish, I. J. (1985). Managing parental anger: The coping parent series. Leawood: Kansas: Overland Press.
- Barrish, I. J., & Barrish, H. H. (1989). Surviving and enjoying your adolescent. Kansas City, MO: Westport Publishers.
- Bartley, W. W., III. (1984). The retreat to commitment (rev. ed.). Peru, IL: Open Court.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). Cognitive– behavioral marital therapy. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. (1988). Love is not enough. New York: Harper & Row.

- Beck, A. T: (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T:, Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford.
- Bernard (Ed.), Using rational– emotive therapy effectively. New York: Plenum Press.
- Bernard, M. E. (Ed.), (1991). Using rational– emotive therapy effectively: A practitioner's guide. New York: Plenum.
- Bernard, M. E., & DiGiuseppe, R. (Eds.). (1989). Inside RET: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis. San Diego, CA: Academic Press.
- Bernard, M. E., & Wolfe, J. L., (Eds.). (1993). The RET resource book for practitioners. New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Bernheim, H. (1947). Suggestive therapeutics. New York: London Book Company. (Original publication, 1886)
- Beutler, L. E. (1983). Eclectic psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16,252–260.
- Boutin, G. E, & Tosi, D. J. (1983). Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy (RSDH). Journal of Clinical Psychology, 39, 382– 391.
- Bowlby, J. (1988). Attachment and loss: 3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bums, D. D. (1980). Feeling good: The new mood therapy. New York: Morrow.
- Chaplin, J.P.(1975). Dictionary of psychology (New. Rev.ed) New York: Dell Publishing Company. CO.

- Comfort, A. (1974). The joy of sex. New York: Crown.
- Coue, E. (1921). My method. New York: Doubleday, Page.
- Crawford, T, & Ellis, A. (1989). A dictionary of rational– emotive feelings and behaviors. Journal of Rational– Emotive and Cognitive– Behavior Therapy, 7(1), 3– 27.
- Crawford, T: (1982, October). Communication and rational – emotive therapy. Workshop presented at the Institute for Rational– Emotive Therapy, Los Angeles.
- Danysh, J. (1974). Stop without quitting. San Francisco: International Society for General Semantics.
- DiGiuseppe, R, Miller, N., & Trexler, L. (1979). A review of rational– emotive psychotherapy outcome studies. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), Tbeoretical and empirical foundations of rational– emotive therapy (pp. 218– 236). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- DiGiuseppe, R. (1991). Comprehensive cognitive disputing in RET: In M.
- Dreikurs, R. (1974). Psychodynamics. psychotherapy and counseling (rev. ed.), Chicago: Alfred Adler Institute.
- Dryden, W (1984a). Individual therapy in Britain. London: Harper & Row.
- Dryden, W (1995a). Brief rational emotive behavior therapy. London: Wiley:
- Dryden, W (1994a). Invitation to rational– emotive psychology. London: Whurr.
- Dryden, W. (1983). Audiotape supervision by mail: A rational– emotive approach. British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1(1),57– 64.
- Dryden, W. (1984b). Rational– emotive therapy. In W: Dryden (Ed.), Individual therapy in Britain (pp, 235– 263). London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1984c). Rational– emotive therapy: Fundamentals and innovations. Beckenham, Kent, England: Croom Helm.

- Dryden, W. (1984d). Therapeutic arenas. In W. Dryden (Ed.), Individual therapy in Britain (pp. 1– 22). London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1985a). Challenging but not overwhelming: A compromise in negotiating – homework assignments. British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1(1), 77– 80.
- Dryden, W. (1985b). Marital therapy: The rational–emotive approach. In W. Dryden (Ed.), Marital therapy in Britain (Vol. I, pp. 195– 221). London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1987). Theoretically– consistent eclecticism: Humanizing a computer – "addict". It In J. C. Norcross (Ed.), Casebook of eclectic psychotherapy (pp. 221– 237). New York: Brunner/Mazel.
- Dryden, W. (1994b). Progress in rational emotive behavior therapy. London: Whurr.
- Dryden, W. (1995b). Facilitating client change in rational emotive behavior therapy. London: Whurr.
- Dryden, W. (1995c). Preparing for client change in rational emotive behavior therapy. London: Whurr.
- Dryden, W. (Ed.), (1995d). rational emotive behavior therapy: A reader. London: Sage.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1986). Rational– emotive therapy (RET). In W. Dryden & W. Golden (Eds.), Cognitive–behavioural approaches to psychotherapy (pp. 129– 168). London: Harper & Row.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1990). The essential Albert Ellis. New York: Springer Publishing Co.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1991). A dialogue With Albert Ellis: Against dogma. Philadelphia: Open University Press.
- Dryden, W., & Gordon, J. (1991). Think your Way to happiness. London: Sheldon Press.
- Dryden, W., & Hill, L. K. (Eds.). (1993). Innovations in rational– emotive therapy. – Newbury Park, CA: Sage.
- Dryden, W., & Neenan, M. (1995). Dictionary of rational emotive behaviour therapy. London: Whurr.

- Dryden, W:, & DiGiuseppe, R. (1990). A primer on rational– emotive therapy. Champaign, IL: Research Press.
- Dryden, W:, & Trower, P. (Eds.). (1986). Rational– emotive therapy: Recent developments in theory and practice. Bristol, England: Institute for RET (UK).
- Duckro, P., Beal, D., & George, C. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. Psychological Bulletin, 86, 260– 275.
- –Dunlap Knight.(1946). Personal Adjustment, London: McGraw– Hill Book Company, First Edition.
- Dunlap, K. (1932). Habits: Their making and unmaking. New York: Liveright.
- Ellman, N.S. (1991 Family Therapy. In: M. Seligman (Ed.), The Family with a Handicapped Child (2nd Ed.), Boston, Allan & Bacon.
- Eisenberg, J. M., & Zingle, H. W: (1975). Journal of Marriage and Family Counseling, (1), 81– 91.
- Ellis, A (1980d). The value of efficiency in psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, and Pratice; 17, 414– 418.
- Ellis, A (1981). The use of rational humorous songs in psychotherapy. Voice, 16(4),29– 36.
- Ellis, A (1985a). Dilemmas in giving warmth or love to clients: An interview with Windy Dryden. In W. Dryden (Ed.), Therapist's dilemmas (pp. 5– 16). London: Harper & Row.
- Ellis, A (1985c). Overcoming resistance: Rational– emotive therapy With difficult clints. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A (1986). Anxiety about anxiety: The use of hypnosis with rational– emotive therapy. In E. 1: Dowd & J. M. Healy (Eds.), Case studies in hypnotherapy (pp. 3– 11). New York: Guilford.

- Ellis, A (Speaker). (1989). Unconditionally accepting yourself and others (Cassette recording). New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1957). How to live With a "neurotic": At bome and at Work; New York: Crown; revised ed., Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A. (1958a). Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 59, 35– 49. Reprinted by the Institute for Rational– Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1958b). Sex without guilt. New York: Lyle Stuart; rev. ed., New York, Lyle Stuart, 1965.
- Ellis, A. (1960). The art and science of love. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1963). Toward a more precise definition of "emotional" and "intellectual" insight. Psychological Reports, 13, 125– 126.
- Ellis, A. (1965). Suppressed: Seven key essays publishers dared not print. Chicago: New Classics House.
- Ellis, A. (1968). Is psychoanalysis harmful? Psychiatric Opinion, 5(1), 16– 25. Reprinted by the Institute for Rational– Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1969). A weekend of rational encounter. Rational Living, 4(2), 1– 8.
- Ellis, A. (1971 a). Growth through reason. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A. (1972a). Helping people get better: Rather than merely feel better. Rational Living, 7(2), 2– 9.
- Ellis, A. (1972b). Psychotherapy and the value of a bumam being. New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The rational– emotive approach. New York: McGraw– Hill.

- Ellis, A. (1974a). Technique of disputing irrational beliefs (DIBS). New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1974b). The treatment of sex and love problems in women. In V Franks & V. Burtle (Eds.), Women in therapy (pp. 284– 306). New York: Brunner/Maze!.
- Ellis, A. (1976a). The biological basis of human irrationality. Journal of Individual Psychology, J2, 145–168. Reprinted by the Institute for Rational Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1976d). RET abolishes most of the human ego. Psychotherapy, 13, 343– 348. Reprinted by the Institute for Rational– Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1976f). Sex and the liberated man. Secaucus. NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1976g). Techniques of handling anger in marriage. Journal of Marriage and Family Counseling, 2. 305– 316.
- Ellis, A. (1978a). Family therapy: A phenomenological and active– directive approach. Journal of– Marriage and Family Counseling. 4(2). 43– 50. Reprinted by the Institute for Rational– Emotive Therapy. New York.
- Ellis, A. (1980a). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 2. Rational Living. 15 (1). 25–30.
- Ellis, A. (1980b). Rational– emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. Cognitive Therapy and Research. 4. 325– 340.
- Ellis, A. (1982a). Intimacy in rational– emotive therapy. In M. Fisher & G. Striker (Eds.), Intimacy (pp. 203– 217). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1982b). Rational– emotive group therapy. In G. M. Gazda (Ed.), Basic approaches to group psychotherapy and group counseling (3rd ed.) (pp. 381– 412). Springfield, IL: Thomas.

- Ellis, A. (1982c). The treatment of alcohol and drug abuse: A rational– emotive approach. Rational Living, 17(2), 15–24.
- Ellis, A. (1983a). Failures in rational– emotive therapy. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), Failures in behavior therapy (pp. 159– 171). New York: Wiley.
- Ellis, A. (1983b). The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques. In M. Rosenbaum, C. M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), Perspectives in behavior therapy in the eighties (pp. 138–151). New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1983c). Rational– emotive therapy (RE1) approaches to overcoming resistance. British Journal of Cognitive Therapy, 1(1),28– 38.
- Ellis, A. (1985b). Expanding the ABCs of rational– emotive therapy. In M. Mahoney & A Freeman (Eds.), Cognition and psychotherapy (pp. 313– 323). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1987a). A sadly neglected cognitive element in depression. Cognitive Therapy and Research, 11, 121–146.
- Ellis, A. (1987b). The use of rational humorous songs in psychotherapy. In W: F. Fry, Jr. & w: A. Salameh (Eds.), Handbook of humor and psychotherapy (pp, 265– 286). San Diego: Professional Resource Exchange.
- Ellis, A. (1988). HIYW to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything– yes, anything! Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1991 d). rational – emotive family therapy. In A. M. Home & J. L. Passmore – – (Eds.), Family counseling and therapy (2nd ed., pp. 403– 434). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (1991a). Are all methods of counseling equally effective? New York State Journal for Counseling and Development, 6(2), 9– 13.

- Ellis, A. (1991b). The case against religiosity (rev. ed.), New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1991c). Humanism and psychotherapy: A revolutionary approach. (rev. ed.), New York: Institute for Rational– Emotive Therapy. (Original work published 1972).
- Ellis, A. (1991e). Using RET effectively: Reflections and interview. In M. E. Bernard (Ed.), Using rational– emotive therapy effectaively (pp. 1– 33). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1992a). Brief therapy: The rational– emotive method. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Fiedman (Eds.), The fint session in brief therapy (pp. 36– 58). New York: Guilford.
- Ellis, A. (1992b). Foreword. In P. Hauck, Overcoming the rating game (pp. 1– 4). Louisville, KY: Westminster/ John Knox.
- Ellis, A. (1992c). Group rational– emotive and cognitive– behavioral therapy. International Journal of Group Therapy, 42,63– 80.
- Ellis, A. (1993a). The advantages and disadvantages of self– help therapy materials. Professional Psychology: Research and Preaiee, 24, 335– 339.
- Ellis, A. (1993b). Fundamentals of rational– emotive therapy for the 1990s. In w Dryden & L. K. Hill (Eds.), Innovations in rational– emotive therapy (pp. 1– 32). Newbury Park, CA: Sage.
- Ellis, A. (1993c). General semantics and rational emotive behavior therapy. Bulletin of General Semantics, 51, 12– 28. Also in P. D. Johnston, D. D. Bourland, Jr., & J. Klein (Eds.), More E– prime (pp. 213– 240). Concord, CA: International Society for General Semantics.
- Ellis, A. (1993d). Rational emotive imagery: RET version. In M. E. Bernard & J. L. Wolfe (Eds.), The RET source book for practitioners (pp. 118– 11 1 0). New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.

- Ellis, A. (1993e). The rational– emotive therapy (RET) approach to marriage and family therapy. Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 1,292–307.
- Ellis, A. (1993g). Vigorous RET disputing. In M. E. Bernard &}. L. Wolfe, (Eds.), The RET resource book for practitioners (pp. II– 7). New York: Institute for Rational–Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1993t). Rational– emotive therapy and hypnosis. In J. W. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), Handbook of cliniacl hypnosis (pp. 113– 186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ellis, A. (1994a). My response to "Don't throw the therapeutic baby out with the holy water": Helpful and hurtful elements of religion! Journal of Psychology and Christianity, 13,323– 326.
- Ellis, A. (1994b). Rational emotive behavior therapy approaches to obsessive compulsive disorder (OCD). Journal of Rational – Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 12, 121– 141.
- Ellis, A. (1994d). Secular humanism. In F. Wertz (Ed.), The humanistic movement (pp. 233– 242). Lakeworth, FL: Gardner Press.
- Ellis, A. (1994e). The treatment of borderline personalities with rational emotive behavior therapy. Journal of Rational– Emotive and Cognitive– Behavior Therapy, 12, 101– 119.
- Ellis, A. (1995a). Rational emotive behavior therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies (5th ed., pp. 162– 196). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (1996a). Better, deeper and more enduring brie/therapy. New York: Brunner/Maul.
- Ellis, A. (1996b). A social constructionist position for mental health counseling: A response to Jeffrey T: Guterman. Journal of Mantel Health Counseling.

- Ellis, A. (l982d). Rational– emotive family therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), Family counseling and therapy (pp. 302– 328). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (l994c). Reason and emotion in psychotherapy (revised and updated). New York: Birch Lane Press.
- Ellis, A. (Speaker). (1971b). How to stubbornly refuse to be ashamed of anything (Cassette recording). New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A. (Speaker). (1976b). Conquering low frustration tolerance (Cassette recording). New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Ellis, A. (Speaker). (1976c). Rational– emotive psychotherapy applied 16 groups (Film). Washington, DC: American Association of Counseling and Development.
- Ellis, A. (Speaker). (1976e). Rational– emotive therapy with individuals and groups (Videotape). Austin, TX: Audio– Visual Resource Center. University of Texas.
- Ellis, A. (Speaker). (1977 c). A garland of rational humorous songs (Cassette recording). New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Ellis, A. (Speaker). (1990). Albert Ellis live at the Learning Annex (2 cassettes). New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Ellis, A. (Speaker). (l995b). Using rational– emotive behavior therapy technique to cope With disability (Cassette recording). Englewood, CO: Sound Images Inc.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (1978). Brief psychotherapy in medical and beilith practice. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., & Abrams, M. (1994). How to cope 'With a fatal disease. New York: Barricade Books.
- Ellis, A., & Becker.L (1982). A guide to persona/ happiness. North Hollywood, CA: Wilshire.

- Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.), (1983). Rational – emotive approaches to the problems of childhood. New York: Plenum.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.). (1985). Clinical applications of rational – emotive therapy. New York: Plenum.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1977). Handbook of rational– emotive therapy (Vol. 1). New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1986). Handbook of rational– emotive therapy (Vol. 2). New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961a). A guide to rational Living. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961b). A guide to successful marriage. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1997). A guide to rational living. (3rd ed.) Revised and updated. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A., & Knaus, W.: (1977). Overcoming procrastination. New York: New American Library.
- Ellis, A., & Lange, A. (1994). How to keep people from pushing your buttons. New York: Carol Publications.
- Ellis, A., & Robb, H. (1994). Acceptance in rational– emotive therapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), Acceptance and change (pp. – 91– 102). Reno, N\T: Context Press.
- Ellis, A., & Velten, E. (1992). When AA doesn't work for you: Rational steps for quitting alcohol. New York: Barricade Books.
- Ellis, A., & Whiteley, J. M. (1979). Theoretical and empirical foundations of rational– emotive therapy. Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Ellis, A., & Yeager, R. (1989). Why some therapies don't work: The dangers of transpersonal psychology. Buffalo, NY: Prometheus.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. J. (1988). Rational– emotive therapy with alcobolics and substance abusers. Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Ellis, A., Sichel, J. L., Yeager, R. J., DiMattia, D. J., & DiGiuseppe, R. A. (1989). Rational– emotive couples therapy. Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Ellis, A., Sichel, J., Leaf, R. C., & Mass, R. (1989). Countering perfectionism in research on clinical practice: 1. Surveying rationality changes after a single – intensive RET intervention. Journal of Rational– Emotive and Cognitive– Behavior Therapy, 7, 197– 218.
- Ellis, A., Wolfe, J. L., & Moseley, S. (1966). How to raise an emotionally healthy, happy child. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, Havelock.(1959). Psychology Of Sex, London: Pan Books Ltd.
- Ellis. A. (1977 a). Anger: How to live With and without it. Secaucus, NJ: Citadel Press..
- Ellis. A. (1977b). Fun as psychotherapy. Rational Living, 12(1).2– 6.
- Ellis. A. (1978b). Personality characteristics of rational– emotive therapists and other kinds of therapists. Psychotherapy: Theory. Research and Practice. 1,. 329– 332.
- Ellis. A. (1979a). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 1. Rational Living. 14(2), 3– 8.
- Ellis. A. (1979b). The intelligent Woman's guide to dating and mating. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis. A. (1979c). The issue of force and energy in behavioral change. Journal of Contemporary Psychotherapy, 10(2).83– 97.

- Ellis. A. (1979d). The practice of rational– emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), Theoreticala1'1d empirical foundations for rational– emotive therapy (pp. 61– 100). Monterey. CA: Broo1cslCole.
- Ellis. A. (1979e). The theory of rational– emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational– emotive therapy (pp, 33– 60). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis. A. (l980c). The treatment of erectile dysfunction. In S. R. Leiblum & L. A. Pervin (Eds.), Principles and practice of sex therapy (pp. 240– 258). New York: Guilford.
- Emmelkamp, P. M. G., Kuipers, A. C. M., & Eggeraat, J. B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects. Behavior Research and Therapy, 16, 33– 41.
- Engels, G. I., Garnefski, N., & Diekstra, R. F. W. (1993). Efficacy of rational– emotive therapy: A quantitative analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 1083– 1090.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W (Eds.), (1988). Cognitive– behavioral therapy with families. New York: Brunner/Maul.
- Eric, Weinstein Steven.(1989). Couple complementarity/ similarity and the processing of nonverbal communication, PhD, College of Arts and Sciences, Georgia State University.
- Eschenroeder, C. (1979). Different therapeutic styles in rational– emotive therapy. Rational Living, 14(1), 3– 7.
- Freud, A. (1937). The ego and the mechanisms of defense. London Hogarth.:
- Freud, S. (1965). Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth.

- –Geary, David C.(1999). Male, female, Washington: American Psychological Association, second edition.
- Golden, W L (1982). Rational– emotive hypnotherapy. international Journal of Eclectic Psychotherapy, 1(2),47–56.
- Golden, W L., Dowd, E. T:, & Friedberg, F. (1987). Hypnotherapy: A modern approach. New York: Pergamon.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. (1994). Clinical behavior therapy (2nd ed.), New York: Wiley.
- –Green, Ernest J; Massey, Sharon Davis; and Massey, Robert F.(1978). Personal relationships: An approach to marriage and family, New York: McGrow– Hill Book Company.
- Grieger, R M., & Woods, P. J. (1993). The rational–emotive therapy companion. Roanoke, VA: Scholars Press.
- Grieger, R. M. (Ed.). (1986). Rational– emotive couples therapy (Special issue of Journal of Rational– Emotive Therapy). New York: Human Sciences Press.
- Grieger, R., & Boyd, J. (1980). Rational– emotive therapy: A skills– based approach; New York: Van Nostrand Reinhold.
- Grieger, R., & Grieger, I. (Eds.), (1982). Cognition and emotional disturbance. New York: Human Sciences Press.
- Guemey, B. G., Jr. (1977). Relationship enhancement: Skill training programs for therapy, problem– prevention and enrichment. San Francisco: Jossey Bass.
- Haaga, D. A, & Davison, G. C. (1989). Outcome studies of rational– emotive therapy. In M. E. Bernard & R. DiGiuseppe (Eds.), inside rational– emotive therapy. (pp. 155– 197). San Diego, CA: Academic Press.
- Hajzler, D., & Bernard, M. E. (1991). A review of rational– emotive outcome studies. School Psychology Quarterly, 6(1),27– 49.

- Harper, R. A. (1981). Limitations of marriage and family therapy. Rational Living, 16(2), 3– 6.
- Harris, G. F. (Ed.). (1977). The group treatment of buman problems: A social learning approach. New York: Grune & Stratton.
- Hauck, P. (1991). Hold your bead up high. London: Sheldon Press.
- Hauck, P. A (1973). Overcoming depression Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A (1974). Overcoming frustration and anger. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A (1984). The three faces of love. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1977). Marriage is a laving business. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1981). Overcoming frustration and possessiveness. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1983a). How to love and be loved. London: Sheldon Press.
- Hauck, P. A. (1983b). Working with parents. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), rational – emotive approaches to the problems of childhood (pp. 333– 365). New York: Plenum.
- Heidegger, M. (1949). Existence and being. Chicago: Henry Regnery.
- Heiman, J. R, & LoPiccolo, J. (1988). Becoming orgasmic (rev. ed.). New York: Prentice– Hall.
- Hertzberg, A. (1945). Active psychotherapy. New York: Grune & Stratton.
- Hodgkinson, K.(1993).Student perception of the personal relationships involved in teaching practice in primary schools, Research in Education, November 1993, no(50), pp(67– 82).
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive– behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L.

Garfield (Eds.), Handbook of psycbotberapy and behavior change (pp. 428– 466). New York: Wiley.

- Horney, K. (1950). Neurosis and human growth. New York: Norton.
- Huber, C. H., & Baruth, L. G. (1989). Rational– emotive and systems family therapy. New York: Springer Publishing Co.
- Jacobson, E. (1938). You must relax. New York: McGraw– Hill.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. Behavior Therapy, 21,491– 506.
- Jakubowski– Spector, P. (1973). Facilitating the growth of women through assertive training. Counseling Psychologist, 4(1), 75– 86.
- Janis, I. L. (1983). Short– term counseling. New Haven, CT: Yale University Press.
- Johnson, Wendy; Mc Gue, Matt; Krueger, Robert F; and Jr, Thomas J. Bouchard.(2004). Marriage and Personality: A Genetic Analysis, Journal of Personality and Social Psychology, vol.86.no.2.PP(285– 294).
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. Journal of Genetic Psychology, 31,308– 315.
- Judith, A.; Noller,– Patricia Ward,– Carala.(1997). Marital satisfaction and spousal interaction. Satisfaction in close relationships, Sternberg, Robert J.et al, New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Kaplan, H. S. (1974). The new rex therapy. New York: Brunner/Maul.
- Kelly. G. (1955). The psychology of personal constructs (2 vols.). New York: Norton. Kendall, P. & Hollon, S. (Eds.). (1980). Assessment strategies for cognitive – behavioral interventions. New York: Academic Press.
- Kilmartin, Christopher T.(1994). The masculine self, New York: Macmillan Publishing Company.

- Knaus, W. J. (1974). Rational – emotive education. New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Korzybski, A. (1933). Science and sanity. San Francisco: International Society of General Semantics.
- Lange, A,. & Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive behavior. Champaign, IL: Research Press.
- Lange, A. J. (1979). Cognitive– behavioral group therapy and assertion training. In D. Upper & S. M. Ross (Eds.), Behavioral group therapy. Champaign, IL: Research Press.
- Lazarus, A. A. (1984). In the mind's eye. New York: Guilford.
- Lazarus, A. A. (1985). Marital myths. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Lazarus, A. A. (1989). The practice of multi modal therapy. Baltimore: Johns Hopkins.
- Lazarus, R. S,. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Co.
- Lederer, W. J., & Jackson, D. D. (1968). The mirages of marriage. New York: Norton.
- Leiblum, S. R, & Rosen, R C. (1989). Prides and practice of sex therapy (2nd ed.), New York: Guilford.
- Levant, R. (1978). Family therapy: A client– centered perspective. Journal of Marriage and Family Counseling, 4(2), 35– 42.
- LoPiccolo, J., Stewart, R, & Watkins, B. (1972). Treatment of erectile failure and ejaculatory incompetence with homosexual etiology. Behavior Therapy, 3, 1– 4.
- Lyons, L. C., & Woods, P.J. (1991). The efficacy of rational– emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. Clinical Psychology Review, 11, 357– 369.
- Macaskill, N. D., & Macaskill, A. (1983). Preparing patients for psychotherapy. British Journal of Clinical and Soda! Psychiatry, 2, 80– 84.

- Mackay, D. (1984). Behavioural psychotherapy. In W. Dryden (Ed.), Individual therapy in Britain (pp. 264– 294). London: Harper & Row.
- Mackay, D. (1985). Marital therapy: The behavioral approach. In vv. Dryden (Ed.), Marital therapy in Britain: Vol 1. Context and therapeutic approaches (pp. 222– 248). London: Harper & Row.
- Mahoney, M.J. (1991). Human change processes. New York: Basic Books.
- Margolin, G., & Weiss, R. I. (1978). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. Journal of Consuiting and Clinical Psychology, 46, 1476– 1486.
- Mashek, Debra J & Aron, Arthur.(2004).Handbook of closeness and intimacy, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Masters, w H., Johnson, Y. E., & Kolodny, R. C. (1982). Human sexuality. Boston: Houghton Mifflin.
- Masters, W, & Johnson, V. A. (1970). Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown.
- Maultsby, M. C., Jr. (1971). Rational emotive imagery. Rational Living, 6(1), 24– 27.
- Maultsby, M. C., Jr. (1984). Rational behavior therapy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice– Hall.
- McClellan, 1: A., & Stieper, D. R. (1973). A structured approach to group marriage counseling. Rational Living, 8(2), 12– 18.
- McGovem, 1: E., & Silvennan, M. S. (1984). A review of outcome studies of rational emotive therapy from.1977 to 1982. Journal of Rational– Emotive Therapy, 2(1),7– 18.
- Meichenbaum, D, Gilmore, J., & Fedoravicius, A. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36,410– 421.

- Meichenbaum, D. (1992). Evolution of cognitive behavior therapy: Origins, tenets, and clinical examples. In. K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy: The second conference. (pp. 114– 128). New York: Brunner/Mazel.
- Miller, R. C., & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. Psychological Bulletin, 94,39– 53.
- Miller, T.: (1983). The unfair advantage. Manlius, NY: Author.
- Mills, D. (1993). Overcoming self– esteem. New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Moore, R. H. (1983). Inference as "A" in RE1: British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1(2), 17– 23.
- Noller,Patricia.(1987). Nonverbal Communication in Marriage, Intimate relationships:Development, dynamics,and deterioration, Perlman, Daniel.et al, Newbury Park,CA, USA:Sage publications,Inc.
- Norcross,]. C., & Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Characteristics and activities. Clinical Psychologist, 35, 1– 8.
- Otto, H. (1968). Group methods designed to actualize human potential. Chicago: – Achievement Motivation Systems.
- Perls, F. (1969). Gestalt therapy verbatim. Lafayette, CA: Real People Press. "Phadke, K. M.– (1982). Some innovations in RET theory and practice. Rational Living, 17(2), 25– 30.
- Popper, K. R. (1959). The logic of scientific discovery. New York: Harper & Row. Popper, K. R. (1963). Conjectures and refutations. New York: Harper & Row.
- Powell, J. (1976). Fully human, fully alive. Niles, IL: Argus.
- Prager, Karen J & Roberts, Linda J.(2004). Deep intimate connection, from Handbook of closeness and intimacy,

Mashek, Debra J & Aron, Arthur, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. Psychotherapy: Therapy Research, & Practice, 20, 161– 173.
- Raimy, V. (1975). Misunderstandings of the self. San Francisco: Jossey– Bass.
- Ravid, R. (1969). Effect of group therapy on long term individual therapy. Dissertation Abstracts International, 30, 2427B.
- Reardon, J., & Tosi, D. (1977). The effects of rational stage directed imagery on self– concept and reduction of stress in adolescent delinquent males. Journal of Clinical Psychology, 33, 1084– 1092.
- Reardon, J., Tosi, D., &. Gwynne, P. (1977). The treatment of depression through rational stage directed hypnotherapy (RSDH): A case study. Psychotherapy, 14,95– 103.
- Reich, W: (1942). The function of the orgasm. New York: Orgone Institute.
- Rogers, C. R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton– Mifflin.
- Ronald, R., (1998): Over Coming shyness and social phobia, Passim, Lifestyle Press. 11– 22.
- Rose, S. D. (1980). Casebook in group therapy: A behavioral– cognitive approach. Englewood Cliffs, NJ: Prentice– Hall.
- Russell, B. (1950). The t01IfUtst of happiness. New York: New American Library.
- Russell, B. (1965). The basic writings of Bertrand Russell. New Your: Simon & Schuster.
- Russianoff, P. (1981). Why do I think I am nothing without a man? New York: Bantam.
- Ruth, W, J. (1992). Irrational thinking in humans: An evolutionary proposal for Ellis' genetic postulate. Jour1III1

of Rational – Emotive and Cognitive– Behavior Therapy, 10,3– 20.

- Sager, C. J. (1976). Marriage contrasts and marital therapy. New York: Brunnerl Mazel.
- Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. New York: Creative Age.
- Saxon, W: (1980). The use of rational therapy with emotionally upset parents of handicapped children. Unpublished manuscript, University of Southern Mississippi.
- Schutz, W: (1967). Joy. New York: Grove.
- Shahan, L. (1981). Living alone and liking it. New York: Warner.
- Shostrom, E., Ellis, A., &. Greenwald, H. (Speakers). (1976). Three approaches to group therapy (Film). Corona Del Mar, CA: Psychological and Educational Films.
- Sichel, J., & Ellis, A. (1984). RET Self– Help Form. New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Silverman, M. S., McCarthy, M., &. McGovern, T: (1992). A review of outcome studies of rational– emotive therapy from 1982– 1989. Journal of R4tionlll– Emotive and Cognitive– Behavior Therapy, 10(3), 111– 186.
- Stanton, H. (1977). The utilization of suggestions derived from rational– emotive therapy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25, 18– 26.
- Stanton, H. E. (1989). Hypnosis and rational– emotive therapy: A de– stressing combination.lntmutti0n41 Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 17, 95– 99.
- Stuart, R. B. (1980). Helping couples change: A social Learning approach to marital therapy. New York: Guilford.
- Tillich, P. (1977). The courage to be. New York: Fountain.
- Tosi, D,. & Reardon. J, P. (1976). The treatment of guilt through rational stage directed therapy. Rational Living, 11(1), 8– 11.

- Tosi, D. J., & Murphy, M. A. (1995). The effect of cognitive experiential therapy on selected psychobiological and behavioral disorders. Columbus, OH: Authors.
- Tosi, D., & Marzella, J. N. (1977). The treatment of guilt through rational stage directed therapy. In J. L. Wolfe & E. Brand (Eds.), Twenty years of rational therapy (pp, 234–240). New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Tsoi– Hoshmund, L. (1976). Marital therapy: An integrative behavioral model. Journal of Marriage and Family Counseling, 2, 179– 192.
- Upper, D., & Ross, S. (Eds.), (1980). Behavioral group therapy. Champaign, IL: Research Press.
- Upper, D., & Ross, S. (Eds.). (1979). Behavioral group therapy, 1979. Champaign, IL: Research Press..
- Wachtel, P. L. (1994). From eclecticism to synthesis: Toward a more seamless psychotherapeutic integration. Journal of Psychotherapeutic Integration,. 1, 43– 54.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. (1980). A practitioner's guide to rational– emotive therapy. New York: Oxford.
- Walen,. S., DiGiuseppe, R., & Dryden, w: (1992). A practitioner's guide to rational– emotive therapy (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Warren, R., Deffenbacher, J., & Brading, P. (1976). Rational– emotive therapy and the reduction of test anxiety in elementary school students. Rational Living, 11(2), 28–29.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, 1– 14.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). The principles and practice of rational– emotive therapy. San Francisco, CA: Jossey– Bass.
- Wessler, R. L. (1984). Alternative conceptions of rational–emotive therapy: Toward a philosophically neutral

psychotherapy. In M. A. Reda & M. J. Mahoney (Eds.), Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice (pp. 65– 79). Cambridge, MA: Ballinger.

- Wessler, R. L., & Ellis, A. (1980). Supervision in rational–emotive therapy. In A. K. Hess (Ed.), Psychotherapy supervision (pp. 181– 191). New York: Wiley.
- Wolfe, J. L. (1992). What to do when he has a headache. New York: Hyperion.
- Wolfe, J. L. (Speaker). (1980). Woman– assert yourself (Cassette recording). New York: Institute for Rational–Emotive Therapy.
- Wolfe, J. L., & Naimark, H. (1991). Psychological messages and social context: Strategies for increasing RET's effectiveness with women. In M. Bernard (Ed.), Using rational– emotive therapy effectively. New York: Plenum.
- Wolpe, J. (1990). The practice of behavior therapy (4th ed.), Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Woods, P. J., & Ellis, A. (1996). Supervision in rational emotive behavior therapy. In C. E. Wat1cinsJr. (Ed.), Handbook of psychotherapy supervision. New York: Wiley.
- Yankura, J., lit Dryden, W (1994). Albert Ellis. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yanlrura, J., & Dryden, W (1990). Doing RET: Albert Ellis in action. New York: – Springer Publishing Co.
- Young, H. S. (1974). A rational counseling primer. New York: Institute for Rational– Emotive Therapy.
- Young, H. S. (1975). Rational thinkers and robots. Rational Living, 10(2), 29– 31.
- Young, H. S. (1984). The work of Howard S. Young [special issue]. British Journal of Cognitive Psychotherapy, 2(2), 1– 101.
- Zilbergeld, B. (1992). The new male sexuality. New York: Bantam.

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

بين النظرية والممارسة







الأردن - عمان - وسط البلد - ش. الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري
هاتف : 96264646208+ فاكس : 96264646470+
الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس
هاتف : 96265713906+ فاكس : 96265713907+
جوال : 00962-797950880
info@al-esar.com - www.al-esar.com